

دولة الكويت
سلسلة مطبوعات
المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية
الإسلام والمشكلات الطبية المعاصرة

الثاني عشر

رؤية إسلامية لبعض المشكلات الطبية المعاصرة
ثبت كامل لأعمال الندوة الفقهية الطبية العاشرة

«المشاورة البلدانية حول تشريعات
الصحة النفسية في مختلف الشرائع بما
في ذلك الشريعة الإسلامية»

في الفترة من ٢٧ جمادي الأولى - ١ جمادي الأخرة ١٤١٨هـ
الموافق ٢٩ سبتمبر - ٢ أكتوبر ١٩٩٧م

(الجزء الأول)



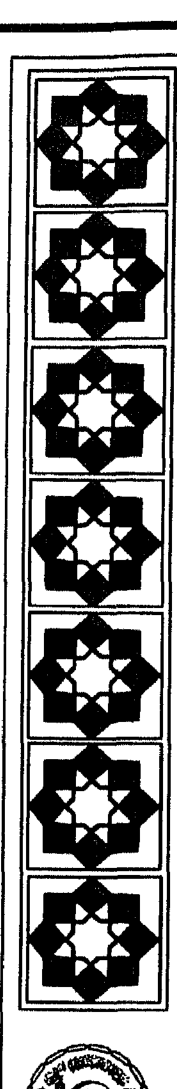


إشراف وتقديم
الدكتور
عبدالرحمن عبدالله العوضي
رئيس المنظمة الإسلامية
للعلوم الطبية

تحرير
الدكتور
أحمد رجائي الجندي
الأمين العام المساعد للمنظمة
الإسلامية للعلوم الطبية

١٤٢٢هـ - ٢٠٠١م

دولة الكويت
سلسلة مطبوعات
المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية
الإسلام والمشكلات الطبية المعاصرة



الثاني عشر

رؤية إسلامية لبعض المشكلات الطبية المعاصرة
ثبت كامل لأعمال الندوة الفقهية الطبية العاشرة

«المشاورة البلدانية حول تشريعات الصحة النفسية في مختلف الشرائع بما في ذلك الشريعة الإسلامية»

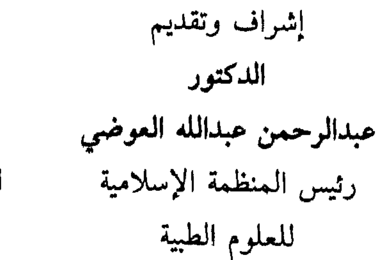
في الفترة من ٢٧ جمادي الأولى - ١ جمادي الأخرة ١٤١٨هـ
الموافق ٢٩ سبتمبر - ٢ أكتوبر ١٩٩٧م

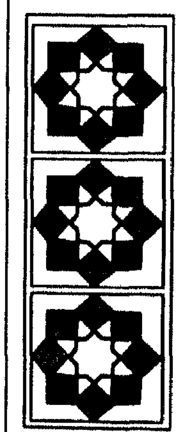
(الجزء الأول)











إشراف وتقديم
الدكتور
عبدالرحمن عبدالله العوضي
رئيس المنظمة الإسلامية
للعلوم الطبية

تحرير
الدكتور
أحمد رجائي الجندي
الأمين العام المساعد للمنظمة
الإسلامية للعلوم الطبية

١٤٢٢هـ - ٢٠٠١م

فهرسة مكتبة الكويت الوطنية أثناء النشر

الجندي، أحمد رجائي

المشاورة البلدانية حول تشريعات الصحة النفسية في مختلف الشرائع بما في ذلك الشريعة الإسلامية. أعمال الندوة الفقهية الطبية العاشرة المنعقدة في الكويت من ٢٩ سبتمبر - ٢ أكتوبر ١٩٩٧ ج١/تحرير احمد رجائي الجندي، إشراف وتقديم عبدالرحمن عبدالله العوضي - ط١ - الكويت: المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية، ١٤٢٢هـ - ٢٠٠١م.

- ص؛ ٢٨ × ٢١ سم - (الإسلام والمشكلات الطبية المعاصرة، ١٢)

ردمك ٤-٧٣-٣٤-٩٩٩٠٦ (مج)

ردمك ٢-٧٤-٣٤-٩٩٩٠٦ (ج١)

١ - الصحة النفسية - تشريعات وقوانين. ٢ - رعاية المعوقين - تشريعات وقوانين.

أ - عبدالرحمن عبدالله العوضي (إشراف). ب - المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية، الكويت (ناشر). ج - السلسلة

٦١٤,٥٨٠٢٦

ردمك ٤-٧٣-٣٤-٩٩٩٠٦ (مج)

ردمك ٢-٧٤-٣٤-٩٩٩٠٦ (ج١)

Home Page: http://www.islamset.com

العنوان: المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية

ص.ب: ٣١٢٨٠ الصليبخات ت : ٠٠٩٦٥/٤٨٣٤٩٨٤

رمز بريدي: 90803 الكويت فاكس: ٠٠٩٦٥/٤٨٣٧٨٥٤

E - mail: IOMS@qualitynet.net

Home page: http: //www.islamset.com


بسم الله الرحمن الرحيم

تنويه :

نظرا لضخامة الكتاب فقد رأينا أن نصدره في جزئين :

١ - **الجزء الأول** : ويشمل فهرس الكتاب، برنامج الندوة، التقديم والمقدمة وكلمات الافتتاح بالإضافة إلى القسم الأول من الندوة المتعلق بالصحة النفسية في مختلف التشريعات وتشريعات الصحة النفسية.

٢ - **الجزء الثاني** : ويشمل القسم الثاني من الندوة والمتعلق بحقوق وإلتزامات هذه الفئات من المرضى والرؤية الإسلامية وتقرير اللجان الفنية والتقرير النهائي والتوصيات وأسماء المشاركين.

المحتويات

[الجزء الأول من الكتاب]

الموضوع | الصفحة

الجزء الأول
الصحة النفسية في مختلف التشريعات

الجزء الثاني: تشريعات الصحة النفسية
أولا: نماذج من تشريعات الصحة النفسية في البلاد الإسلامية

ثانياً: تشريعات الصحة النفسية من منظور إسلامي وعالمي

[الجزء الثاني من الكتاب]

الجزء الثالث:
حقوق والتزامات هذه الفئات من المرضى

الجزء الرابع:
الرؤية الإسلامية

الجزء الخامس :
تقرير اللجان الفنية والتقرير النهائي والتوصيات

تقديم

الدكتور عبدالرحمن عبدالله العوضي

رئيس المنظمة

بسم الله الرحمن الرحيم

تقديم

الدكتور عبدالرحمن عبدالله العوضي

رئيس المنظمة

الحمد لله رب العالمين والصلاة والسلام على أشرف المرسلين سيدنا محمد وعلى آله وصحبه أجمعين.

تأتي هذه الندوة كثمرة من ثمرات التعاون بين المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية ومنظمة الصحة العالمية في العديد من الندوات والمؤتمرات المتعلقة بالصحة النفسية، فهذه الفئة من أبناء المجتمع تعاني خطأً مع أسرها من وطأة الوصمة الاجتماعية، وقد حاولنا جاهدين أن نزيل هذا اللبس الخطير المتنافي مع الإسلام وتعاليمه، والذي يحض على رعاية هذه الفئة، ودمجها داخل المجتمع دون تفرقة بين أي فرد من أفراده.

ورغم جهود منظمة الصحة العالمية، في هذا المجال ومحاولتها الدؤوبة في استصدار التشريعات الوطنية التي تحض على هذا الأمر، فإن معظم الدول العربية والإسلامية لم تأخذ هذا الأمر مأخذ الجد، وما زالت تسير على نظم قديمة وضعت أسسها في عهود ساحقة.

لذلك كان من الضروري عقد هذه الندوة لتخرج ببعض المبادئ التي تصلح أن تكون أساساً للتشريع، وتحظى بدعم قضائي مستمد من الشريعة الإسلامية الغراء، ولعلها المرة الأولى في تاريخ الصحة النفسية، أن تخرج مثل هذه التشريعات بمشاركة بعض فقهاء الأمة

الإسلامية، للتأكد من مطابقتها للشريعة الإسلامية لجميع فئات الصحة النفسية الشاملة، ولا يقتصر ذلك على المرضى النفسيين، ولكن يجب أن تضمن أيضا توفير الدعم القانوني لإجراءات الصحة النفيسة، والوقاية من الأمراض النفسية.

وأغتنم هذه المناسبة لأتقدم بخالص الشكر وجزيل الامتنان، للإخوة في المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية الذين أتاحوا للمنظمة الإسلامية للعلوم الطبية المشاركة في رعاية هذه الندوة الهامة، التي تعد من أهم الندوات النوعية المتخصصة التي عقدتها المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية.

كما أشكر جميع الإخوة العلماء والفقهاء الذين شاركوا بالحضور والمناقشات والأبحاث، داعيا المولى جلت قدرته أن يحتسب ذلك في ميزان أعمالهم.

والله الموفق لما يحبه ويرضاه

مقدمة

الدكتورأحمد رجائي الجندي

الأمين العام المساعد للمنظمة

الإسلامية للعلوم الطبية

مقدمة
الدكتور أحمد رجائي الجندي
الأمين العام المساعد للمنظمة الإسلامية للعلوم الطبية

عقدت المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية بالتعاون مع المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية هذه الندوة تحت عنوان: «**المشاورة البلدانية حول تشريعات الصحة النفسية في مختلف الشرائع بما في ذلك الشريعة الإسلامية**» في الفترة من ٢٧ جمادى الأولى - ١ جمادى الآخرة ١٤١٨ هـ الموافق ٢٩ سبتمبر - ٢ أكتوبر ١٩٩٧م.

وقد جاءت الندوة فريدة في محتواها وطريقة أدائها.

فللمرة الأولى تتطرق المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية للجوانب القضائية لحالات مرضية فقد دأبت معظم الندوات السابقة على بحث المشاكل الأخلاقية مستمدة من الشريعة الإسلامية لمحدثات جديدة في عالم الطب.

كما أن طريقة عمل الندوة اختلفت عما سبقها من ندوات حيث انقسم المشاركون إلى مجموعتين:

المجموعة الأولى: قامت بدراسة حقوق المرضى النفسيين المدنية والجنائية وعائلاتهم والمجتمع.

المجموعة الثانية: لجنة مسؤوليات المريض النفسي المدنية والجنائية والقضايا الخاصة بدخول المستشفى والخروج منها - حقوق الدولة والجانب الجنائي والمسؤوليات الجنائية.

وتهدف الندوة إلى الآتي:

١ - إدماج الصحة النفسية في نظام الرعاية الصحية الأولية.

٢ - تخفيف وطأة الوصمة الاجتماعية التي ترتبط خطأً بالصحة النفسية.

٣ - إعادة المرضى النفسيين إلى الحياة الاجتماعية والمجتمع.

٤ - وضع التشريعات القانونية لضمان تنفيذ ذلك.

٥ - حقوق الأشخاص المصابين بالاضطرابات العقلية.

٦ - احترام حقوقهم الإنسانية.

٧ - حقوقهم في العلاج.

٨ - نوعية الرعاية الصحية النفسية.

٩ - الاستخدام الصحيح للقنوات الإدارية والرقابة على الموازنة.

١٠ - إشراك المستفيدين بالخدمات الصحية في التخطيط لها وتنفيذها وتقييمها.

وقد تبين من الرصد العالمي بأن التشريعات المتعلقة بالصحة النفسية لا تقتصر على الطب النفسي الشرعي وكل مجال وثيق الصلة بالطب النفسي والصحة النفسية فقط، وإنما تمتد أيضاً إلى مختلف الوسائل القانونية فيما يتصل بمن تم تشخيص حالاتهم على أنها اضطرابات عقلية كحقوق الإنسان والحقوق والواجبات المدنية، والتشريعات الجنائية والقيود والحدود القانونية ومعايير المعالجة ومتطلباتها والقيود عليها.

بالإضافة إلى مناقشة الأوضاع لخدمات الصحة النفسية بمنطقة

شرق البحر الأبيض المتوسط، ونظرة سريعة على الوضع الراهن في قوانين الصحة النفسية بالإقليم.

وتميزت الندوة أنها عقدت في رحاب المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية التي تخضع كل أبحاثها وندواتها للمنظور الإسلامي، فدعت العديد من فقهاء الشريعة الإسلامية ليدلوا بدلوهم في هذا الأمر الهام حيث ظهرت الشريعة الإسلامية عملاقة بمقدرتها على استيعاب كل المحدثات، ولا نجد شاردة ولا واردة في الحضارة الإسلامية إلا وبحثها الفقهاء فقد كانت الحضارة الإسلامية ماثلة بين أيديهم تشريعاً وتطبيقاً داخل المجتمعات الإسلامية ولم تكن أمراً نظرياً ولا تنظيراً خيالياً يصعب تطبيقه في الحياة العملية.

والمرض النفسي كانت له مكانة خاصة في الشريعة الإسلامية، ففي القرآن الكريم جاء ذكر السفيه: ﴿**ولا تؤتوا السفهاء أموالكم**﴾ ثم جاء ذكر المجنون أيضاً عندما تطاول الكفار على الرسول صلى الله عليه وسلم فوصفوه بالجنون ويرد القرآن الكريم هذا إلى نحورهم بقوله: ﴿**وما صاحبكم بمجنون**﴾.

بل إن مصطلحات كثيرة وردت في الفقه الإسلامي وهي أوسع نطاقاً وأدق وصفاً لحالات كثيرة تظهر في الأمراض النفسية، بل إن الفقهاء وأطباء المسلمين وضعوا توصيفا لكل حالة من الحالات وعلى سبيل المثال وردت المصطلحات الآتية: المجنون - المعتوه - ذو الغفلة - والسفيه، والخرف، والذهول.

وهذه الإعاقات محكومة بالقضاء حكماً شديداً والحجر لا يتقرر إلا عن طريق القضاء، أما رفعه فهناك خلاف بين الفقهاء، إذا: هناك مدخل كبير لرقابة القضاء حتى لا تسلب إرادة الناس وصلاحياتهم وحقوقهم.

ثم إن هذه الفئة من المرضى عوملت معاملة متميزة أثناء الحضارة

الإسلامية، فقد أنشئت لهم مستشفيات خاصة، وأدخل إليهم العلاج بالموسيقى، وكانت مستشفياتهم ذات تصاميم خاصة تحتوي على نوافير المياه والحدائق لتدخل إليهم وإلى ذويهم البهجة والسرور، وكانت الدولة تتولى رعاية أسرهم بتحمل نفقات معيشتهم، بل يمتد هذا إلى ما بعد خروجهم من المستشفى بصرف رواتب لهم ولعائلاتهم في الوقت الذي كانت أوروبا تعامل هذه الفئة بالتعذيب والضرب حتى الموت لاعتقادهم بأن لديهم مس من الشيطان أو الجن.

والشريعة الإسلامية لها موقف واضح تجاه هؤلاء المرضى فالرسول صلى الله عليه وسلم يقول: «**رفع القلم عن ثلاثة عن الصبي حتى يحتلم وعن النائم حتى يستيقظ وعن المجنون حتى يعقل**» وفي حديث آخر: «**رفع عن أمتي الخطأ والنسيان وما استكرهوا عليه**».

وما استقر عند علماء الأصول وعلماء الكلام أن العقل والإرادة هما أساس التكليف في شريعة الإسلام، والهدف هو الزجر سواء أقصد به زجر المعتدي أم زجر الناس ولا يمكن تحققه بإيقاع العقاب على من فقد العقل والإرادة أو أحدهما.

وصحيح أن بعض هؤلاء الذين فقدوا العقل أو الإرادة يتسبب في إيقاع الضرر بالأفراد والأموال إذا ترك حراً من غير علاج، لكن هذا الأمر لا يسوغ عقابهم في الشريعة، وقد يسوغ اتخاذ بعض الإجراءات حيالهم مما يحول دون ما يتوقع من أدائهم كإدخال المستشفيات لعلاجهم واتقاء أفعالهم المؤذية بعد فقدهم لأكرم شيء وهو العقل الذي كرمه الإسلام وجعل له مكانة سامية، والرسول صلى الله عليه وسلم يقول: «**أول ما خلق الله العقل وقال وعزتي وجلالي ما خلقت خلقاً أكرم منك، بك آخذ، وبك أعطي، وبك أعاقب**» إن هذا التكريم للعقل وإعلاء مكانته في الشريعة الإسلامية لم يكن في يوم من الأيام

سبباً في التمييز بين الأسوياء ومن أصيبوا بأمراض نفسية أو عقلية، بل كما سبق وذكرنا كانوا محل تكريم ورعاية كاملة من المجتمع، وما جاءت به التشريعات والقوانين الوضعية تحت مسمى حقوق الإنسان لم تكن جديدة في الإسلام، بل سبقهم بها منذ آلاف السنين وكانت موضع تطبيق في المجتمع الإسلامي.

الحديث طويل وشيق وسنترك للقارئ الكريم الاطلاع على مجريات الندوة للاستمتاع بكل ما جاء فيها وكيف أن الشريعة الإسلامية تصلح لكل زمان ومكان.

هذه هي أعمال الندوة بين يديك راجين أن نكون قد وفقنا إلى إخراجها بالصورة اللائقة آسفين لأي خطأ أو سهو أو نسيان داعين المولى جلت قدرته أن يوفقنا جميعا إلى ما يحبه ويرضاه.

والسلام عليكم ورحمة الله وبركاته..

برنامج الندوة الفقهية الطبية العاشرة
«المشاورة البلدانية حول تشريعات الصحة النفسية في مختلف الشرائع بما في ذلك الشريعة الإسلامية»

برنامج الندوة الفقهية الطبية العاشرة
«المشاركة البلدانية حول تشريعات الصحة النفسية في مختلف الشرائع بما في ذلك الشريعة الإسلامية»

اليوم الأول: الإثنين ٢٩ سبتمبر ١٩٩٧

أولا: حفل الافتتاح (٩-١٠ صباحا)

- **السلام الوطني**
- **القرآن الكريم**
- **كلمة مندوب حضرة صاحب السمو أمير البلاد حفظه الله - راعي الندوة.**
  معالي الأستاذ/ أحمد خالد الكليب.
- **كلمة المدير الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية.**
  معالي الدكتور/ حسين الجزائري
- **كلمة ممثل رئيس المنظمة الإسلامية للتربية والعلوم والثقافة (الإيسيسكو)**
  الدكتور/ أحمد سعيد ولد باه
- **كلمة رئيس المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية**
  معالي الدكتور/ عبدالرحمن عبدالله العوضي
- إستراحة (١٠,٠٠ - ١٠,٣٠ صباحا)

ثانياً: الجلسات العلمية

الجلسة الأولى
الصحة النفسية في مختلف التشريعات
(١١,٠٠ - ٥,٣٠ مساء)

الرئيس: الدكتور حسين الجزائري

نائب الرئيس: الدكتور أسامة الراضي

المقرر: الدكتور سعد الدين العثماني

المتحدثون:

١ - الدكتور ج. بيرتولوت (١١,٠٠ - ١١,٤٥ ظهراً)

مراجعة لتشريعات الصحة النفسية على مستوى العالم

* استراحة لصلاة الظهر (١١,٤٥ - ١٢,٣٠ ظهراً)

٢ - الدكتور أحمد محيط (١٢,٣٠ - ١,١٥ ظهراً)

الوثيقة الأساسية تشريعات الصحة النفسية من منظور إقليمي

* استراحة غداء (١,١٥ - ٣,٣٠ بعد الظهر)

٣ - الدكتور س. بوتيراس (٣,٣٠ - ٤,١٥ مساء)

نظرة إلى التشريعات الحالية في العالم

* المناقشات (٤,١٥ - ٥,٣٠ مساء)

اليوم الثاني: الثلاثاء ٣٠ سبتمبر ١٩٩٧

الجلسة الأولى
نماذج من تشريعات الصحة النفسية في البلاد الإسلامية
(٨,٣٠ - ١٢,٠٠ ظهراً)

الرئيس: الدكتور محمد هيثم الخياط

نائب الرئيس: الدكتور مصطفى كامل

المقرر: الدكتور عصام الأنصاري

المتحدثون:

١ - الأستاذة دلال المشعان (٨,٣٠ - ٩,٠٠ صباحاً)
الجهود الكويتية في رعاية المعوقين

٢ - الدكتور أصلان زرابي (٩,٠٠ - ٩,٣٠ صباحاً)
الوثيقة الأساسية التشريع المتعلق بالصحة النفسية في إيران

٣ - الدكتور مالك مبشر والدكتور شقيل الرحمن
(٩,٣٠ - ١٠,٠٠ صباحاً)
التشريعات اللازمة للوقاية من الأمراض النفسية وتعزيز الصحة النفسية

٤ - الشيخ محمد شمس الدين (١٠,٠٠ - ١٠,٣٠ صباحاً)
المعاقون في الشريعة الإسلامية

* المناقشات (١٠,٣٠ - ١١,٣٠ صباحا)

* استراحة لصلاة الظهر (١١,٣٠ - ١٢,٠٠ ظهراً)

الجلسة الثانية
تشريعات الصحة النفسية
(١٢,٠٠ - ٧,٣٠ مساء)

الرئيس: الدكتور إبراهيم بدران

نائب الرئيس: الدكتور محمد نعيم ياسين

المقرر: الدكتور مالك مبشر

المتحدثون:

١ - الدكتور س. بوتيراس (١٢,٠٠ - ١٢,٣٠ ظهراً)
المكونات الأساسية لتشريعات الصحة النفسية

٢ - الدكتور مالك البدري (١٢,٣٠ - ١,٠٠ بعد الظهر)
تشريعات الصحة النفسية من منظور إسلامي

* استراحة غداء (١,٠٠ - ٣,٣٠ مساء)

٣ - الدكتور أسامة الراضي (٣,٣٠ - ٤,٠٠ مساء)
مشروع قانون للطب النفسي لدول المنطقة

٤ - المستشار محمد بدر المنياوي (٤,٠٠ - ٤,٣٠ مساء)
المعاقون عقلياً أو نفسياً بين الإسلام والقوانين الوضعية وحقوقهم من قبل الأسرة والمجتمع

* المناقشات (٤,٣٠ - ٥,٣٠ مساء)

* اجتماع اللجان الفنية (٥,٣٠ - ٧,٣٠ مساء)

اليوم الثالث: الأربعاء ١ أكتوبر ١٩٩٧

الجلسة الأولى

حقوق والتزامات هذه الفئات من المرضى

(٨,٣٠ - ١٢,٠٠ ظهراً)

الرئيس: المستشار محمد بدر المنياوي

نائب الرئيس: الدكتور علي السيف

المقرر: الدكتور أصلان زرابي

المتحدثون:

١ - الأستاذ هيثم المالح (٨,٣٠ - ٩,٠٠ صباحا)

«المعاق» أو المعوق بين الإسلام ومدارس أخرى

٢ - الدكتور صلاح عبدالمتعال (٩,٠٠ - ٩,٣٠ صباحاً)

المسؤولية الاجتماعية عن رعاية المريض عقلياً في الإسلام (الإطار الوقائي في المجتمع الإسلامي)

٣ - الدكتور أحمد الحطاب (٩,٣٠ - ١٠,٠٠ صباحاً)

ورقة عمل حول المتطلبات التربوية للأطفال المعاقين

٤ - الدكتور مصطفى كامل (١٠,٠٠ - ١٠,٣٠ صباحا)

حقوق المريض النفسي في العلاج

* المناقشات (١٠,٣٠ - ١١,٣٠ صباحا)

* استراحة لصلاة الظهر (١١,٣٠ - ١٢,٠٠ ظهراً)

الجلسة الثانية
الرؤية الإسلامية
(١٢,٠٠ - ٧,٣٠ مساء)

الرئيس: الدكتور محمد الحبيب بن الخوجة

نائب الرئيس: الدكتور يوسف ريزه لي

المقرر: الدكتور مالك البدري

المتحدثون:

١ - الدكتور عبدالله محمد عبدالله (١٢,٠٠ - ١٢,٣٠ ظهرا)
حقوق المعاقين نفسياً وعقلياً في الإسلام والقوانين المعمول بها.

٢ - الدكتور سيد مصطفى محقق الدماد (١٢,٣٠ - ١,٠٠ ظهرا)
أحكام زواج وطلاق المصابين بالأمراض النفسية.

٣ - الدكتور عبدالستار أبو غدة (١,٠٠ - ١,٣٠ ظهرا)
مسؤولية وحقوق المعاقين عقلياً ونفسياً.

* استراحة للغذاء (١,٣٠ - ٣,٣٠ مساء)

٤ - الدكتور محمد نعيم ياسين (٣,٣٠ - ٤,٠٠ مساء)
المسؤولية الجنائية عقلياً ونفسياً وحقوقهم في العلاج والتصويت والترشيح والزواج والطلاق من وجهة النظر الإسلامية.

* المناقشات (٤,٠٠ - ٥,٣٠ مساء)

* اجتماع اللجان الفنية (٥,٣٠ - ٧,٣٠ مساء)

اليوم الرابع: الخميس ٢ أكتوبر ١٩٩٧
الجلسة الختامية
(٨,٣٠ صباحا- ٤,٣٠ مساءً)

الرئيس: الدكتور عبدالرحمن عبدالله العوضي

نائب الرئيس: الأستاذ هيثم المالح

المقرر: الدكتور عبد الستار أبو غدة

المتحدثون:

١ - مناقشة تقرير اللجنة الفنية الأولى (٨,٣٠ - ١٠,٠٠ صباحا)

* استراحة (١٠,٠٠ - ١٠,٣٠ صباحا)

٢ - مناقشة تقرير اللجنة الفنية الثانية (١٠,٣٠ - ١٢,٠٠ ظهراً)

* استراحة لصلاة الظهر (١٢,٠٠ - ١٢,٣٠ ظهراً)

٣ - مناقشات عامة (١٢,٣٠ - ٢,٠٠ ظهرا)

* استراحة للغداء (٢,٠٠ - ٣,٣٠ مساء)

٤ - التقرير النهائي والتوصيات (٣,٣٠ - ٤,٣٠ مساء)

كلمة

معالي الأستاذ أحمد خالد الكليب

وزير الشؤون الاجتماعية والعمل

مندوب حضرة صاحب السمو أمير البلاد

حفظه الله ورعاه

كلمة
معالي الأستاذ أحمد خالد الكليب
وزير الشؤون الاجتماعية والعمل

بسم الله الرحمن الرحيم

«والصلاة والسلام على أشرف المرسلين سيدنا محمد وعلى آله وصحبه أجمعين»

السيد/ مدير المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية

السيد/ مندوب منظمة الصحة العالمية

السادة الحضور

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته.....

يسعدني ويشرفني نيابة عن حضرة صاحب السمو أمير البلاد حفظه الله... أن أشارك في افتتاح ندوة «حقوق المعوقين في الإسلام».... والتي تقيمها المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية بالتعاون مع منظمة الصحة العالمية... متمنيا لهذا اللقاء العلمي التوفيق والوصول إلى الغايات الإنسانية التي انعقدت الندوة من أجلها... لخدمة هذه الفئة من المواطنين التي تحتاج إلى عون ورعاية للاندماج في المجتمع بعد تأهيلها للعمل المنتج وتوفير الحقوق الإنسانية التي تتطلبها حياتهم الكريمة.

الإخوة الحضور

لقد كرم الإسلام الإنسان وحض على توفير الحقوق والرعاية

للضعفاء والمحتاجين وذوي الاحتياجات الخاصة انطلاقاً من قيم التكافل الاجتماعي والتساند بين أفراد المجتمع الواحد.

يقول سبحانه وتعالى:

﴿وارزقوهم فيها واكسوهم وقولوا لهم قولا معروفا﴾

ويقول المصطفى ﷺ: «ابغوني في الضعفاء فإنما تنصرون وترزقون بضعفائكم».

وانطلاقا من تلك المبادىء التي حفل بها تراثنا الإسلامي الذي يدعو إلى البر والإيثار ومساعدة الفئات الخاصة ويبشر الخيرين والعاملين المخلصين في خدمة هؤلاء الضعفاء بالثواب الجزيل والأجر الكبير من الخالق سبحانه وتعالى، وتجاوب المجتمع الكويتي الذي جبل على الوفاء والمبادرة في أعمال البر والتقوى والعمل الصالح بتوفير الرعاية الكريمة للمعاقين وأسرهم، وقد تجسد ذلك في دستور الكويت الصادر عام ١٩٦٢ الذي نص على رعاية الدولة للمواطنين في حالة الشيخوخة أو المرض أو العجز عن العمل وتوفير المعونة الاجتماعية للأسر والأفراد، وسارت أجهزة الدولة الرسمية والشعبية على هذا النهج وأقامت المؤسسات التي توفر الإيواء والرعاية الاجتماعية والتأهيل المناسب للمعاقين وأتاحت لهم فرص التفوق والإبداع والحصول على مكاسب دولية مرموقة أظهرت مواهبهم وكشفت عن قدراتهم الخلاقة وأسهمت في رفع اسم الكويت في المحافل الدولية.

الإخوة الحضور

أود في هذه المناسبة الإشادة بجهود ورعاية حضرة صاحب السمو أمير البلاد المفدى وتوجيهاته المستمرة لرعاية المعاقين وتوفير كافة الاحتياجات التي تساعدهم على الحياة الكريمة والتي كان من ثمراتها اليانعة قانون رعاية المعاقين رقم ٤٩ لسنة ١٩٩٦ الصادر في ٣١

أغسطس ١٩٩٦ والذي يعد نقلة نوعية وتطويرا متميزا لرعاية المعاقين بما تضمنه من مجالات الخدمة التي تقدم للمعاقين «الطبية - والاجتماعية - والتربوية - والرياضية - والتأهيلية - والإسكانية وغيرها»، والحقوق التي نص عليها القانون في مجالات العمل والتأمينات الاجتماعية والعلاوات الاجتماعية بالإضافة إلى التأهيل والاندماج في المجتمع الذي هو الغاية الكبرى والهدف الأسمي في هذا المجال.

الإخوة الحضور

إن جهود الدولة في مجال رعاية المعاقين وتأهيلهم تحتاج إلى تكامل المبادرات التطوعية ومساهمة الشركات والمؤسسات الوطنية... بتخصيص الاعتمادات المناسبة لإقامة المشروعات وإنجاز الدراسات وتقديم الجوائز وإعداد الكوادر البشرية المتخصصة في رعاية المعاقين وتأهيلهم بدنيا ونفسيا... وإنني على ثقة من تجاوب أهل الخير وهم كثيرون في هذا الوطن المعطاء التي أثبتت الأحداث والخطوب التفافه حول قيادته وتضحيته بالنفس والمال فداء لهذه الأرض الطيبة وعرفانا بفضلها الذي لا يحصى.

وختاما... اسمحوا لي أن أتقدم بوافر الشكر وعظيم الامتنان لسمو أمير البلاد حفظه الله على رعايته لهذا الجمع الكريم وأن أدعو المولى جلت قدرته أن تسعد الكويت بعودة ولي العهد الأمين سالما ومعافى إلى وطنه الغالي وشعبه الوفي.

حفظ الله الكويت وشعبها من كل مكروه وأكرم مثوى شهدائنا الأبرار وأعاد بقدرته أسرانا إلى أهلهم سالمين.

إنه على كل شيء قدير والله ولي التوفيق.

والسلام عليكم ورحمة الله وبركاته....

كلمة

الدكتور حسين عبدالرزاق الجزائري

المدير الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية

كلمة
الدكتور حسين عبدالرزاق الجزائري
المدير الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية

معالي الأخ وزير الصحة،

أيها الزملاء الأعزاء،

أيها السيدات والسادة،

يسعدني أن أرحب بكم جميعاً في هذه المشاورة البلدانية المهمة، التي تنعقد تحت رعاية المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية. وأوَدُّ ابتداء أن أغتنم هذه المناسبة الطيبة، لأعرب عن خالص شكري لحكومة الكويت الموقرة، على استضافة هذه الحلقة، وعلى دعمها المستمر لأنشطة الصحة النفسية التي تتم بالتعاون مع منظمة الصحة العالمية، كما أتقدم بجزيل الشكر لمعالي الأخ الأستاذ أنور عبدالله النوري وزير الصحة العامة، على تفضله بقبول الدعوة لافتتاح أعمال هذه المشاورة.

وأوَدُّ مرة أخرى، أن أعرب عن بالغ الشكر والعرفان، للمنظمة الإسلامية للعلوم الطبية، ولرئيسها الموقر، سعادة الأخ الدكتور عبدالرحمن العوضي، على المشاركة في رعاية هذه المشاورة. وغني عن القول أيها الإخوة أن التعاون القائم بين منظمتينا منذ سنوات عديدة، كان الحافز الأول لعقد العديد من المشاورات الناجحة حول عدد من القضايا الصحية المهمة. وتجلت ثمار هذه المشاورات

المباركة، في صورة عدد من المنشورات حول موقف الشريعة الإسلامية من قضايا صحية مختلفة.

والمرجو من عقد هذه المشاورة أيها الإخوة، هو الخروج بمجموعة من الدلائل الإرشادية حول إعداد تشريعات محددة، خاصة بالصحة النفسية، يعتمدها الخبراء والهيئات التشريعية في بلدان الإقليم وخارجها.

أيها الإخوة،

إن منظمة الصحة العالمية، لم تأل جهداً على مدى العقدين الأخيرين، من أجل التوصل إلى أفكار ووجهات نظر جديدة في مجال الصحة النفسية. ولقد كان الهدف من مبادرات المنظمة في هذا المجال، هو إدماج الصحة النفسية في نظام الرعاية الصحية الأولية، والتخفيف من وطأة الوصمة الاجتماعية التي ترتبط خطأً بالمرض النفسي، وكذلك إيجاد السبل الكفيلة بإعادة المرضى النفسيين إلى الحياة العادية وإلى المجتمع. ولقد دأب المكتب الإقليمي لشرق المتوسط على التعاون مع الدول الأعضاء، من أجل إعداد برامج وطنية للصحة النفسية. كما أنه لا يدخر وسعاً في التعاون مع هذه الدول، في مختلف مستويات التدريب، وفي عمليات التقييم، وفي السعي العملي إلى تعميم مفهوم الخدمات الصحية المتكاملة، الذي اعتمدته وأخذت به مجموعة كبيرة من البلدان الأعضاء. ولكن مع أهمية هذه التطورات، إلا أنها لم تقترن بالإصلاحات الضرورية المنتظرة في مجال التشريعات الخاصة بالصحة النفسية. ومن المؤسف أنه لايعتمد التشريعات الحديثة في هذا المجال إلا عدد قليل من بلدان الإقليم. ونظراً لغياب هذا النوع من التشريعات، فإن برامج الصحة النفسية مجردة من أي دعم قضائي هو في الأصل ضرورة لازمة لتسهيل تنفيذها على النحو المطلوب.

ومن المعروف أن التشريعات الخاصة بالصحة النفسية تشمل مجموعة كبيرة من القضايا التي تتجاوز حدود الموضوعات الأساسية للصحة والمرض. وترتبط هذه القضايا ارتباطا وثيقا بالحقوق المدنية، كما يترتب عليها الكثير من المضاعفات والعواقب الاجتماعية والاقتصادية، بل الأخلاقية والسلوكية في المقام الأول. ويمكن القول إن الحقوق الأساسية للأفراد وللأسرة وللمجتمع، تلتقي جميعا في هذه النقطة. وفي هذه النقطة بالذات توضع موضع اختبار لكل القيم الحقيقية المرتبطة بكرامة الإنسان في أي مجتمع من المجتمعات الإنسانية. ولهذا فإن مهمة هذه المشاورة مهمة جليلة بالغة الأهمية.

وينبغي للتشريعات الخاصة بالصحة النفسية أن تشمل في جملة ما تشمله، حق المعالجة، وسلطة تقرير الأوضاع التي تتم فيها المعالجة، وحق المجتمع في الوقاية من المرض النفسي، وفي تعزيز الصحة النفسية، وتأثير الصحة النفسية في الشؤون الشخصية وفي الحريات المدنية، وتأثير المرض النفسي في شؤون الأسرة والزواج والوصاية. وجدير بالملاحظة في كل هذه المجالات، أن إمكانية معالجة الأمراض النفسية وتغير طبيعة الظروف بفعل المسار الطبيعي للمرض والمعالجة الحديثة، أمور ينبغي أن توضع جميعا في الحسبان.

وحري بنا في هذا المقام، أيها الإخوة، أن نتنبه إلى الطبيعة الشمولية للشريعة الإسلامية، هذه الطبيعة التي تجعلها قادرة على الحفاظ على حقوق الأفراد والمجتمع في آن واحد، وعلى تحديد مسؤوليات كل من الجانبين. وفي ضوء اعتماد الموضوع الذي تتناوله مشاورتكم هذه للمقارنة، فإنني ألتمس من حضراتكم أن تنظروا نظرة دقيقة في المصادر القانونية والتشريعية الأخرى، قبل إقرار كل فصل على حدة.

ثم إن قضية التشريعات الخاصة بالصحة النفسية تتصل بمسألة حقوق الإنسان. وفي هذا المجال يسرني أن أشير إلى أن هناك دليلا تارخيا ثابتا في الإقليم، على احترام حقوق الإنسان التي يتمتع بها المرضى النفسانيون. ويعود الفضل في ذلك بالدرجة الأولى إلى التأثر بتعاليم الإسلام. فقبل قرون خلت، وفي الوقت الذي كان فيه المرضى النفسانيون في أوروبا يتعرضون للتعذيب، بل وحتى للقتل، بوصفهم يحملون أرواحاً شريرة، كان أمثالهم في المجتمع الإسلامي، يعاملون بكل تكريم، ويرسلون إلى مستشفيات نظيفة، تنتشر من فاس إلى القاهرة، ومن حلب إلى بغداد إلى الري. وكان هؤلاء المرضى يحصلون على التغذية الجيدة، وتهيأ لهم البيئة المناسبة التي ينعمون فيها بالهدوء والسكينة. أضف إلى ذلك أن طرائق المعالجة التي كانت تتبع معهم، كانت مزيجا من الموسيقى والعمل النافع والشعر وسواها. ولا شك أن الأنموذج التشريعي الذي ستنتهي إليه هذه المشاورة سوف يعبر خير تعبير عن هذه التقاليد والممارسات النبيلة.

أيها الزملاء الأعزاء،

أودُّ أن أؤكد هنا، أنه ينبغي للتشريعات الخاصة بالصحة النفسية أن تتسم بالشمول، فلا تقصر اهتمامها على المرضى النفسانيين، وإنما تضمن أيضا توفير الدعم القانوني، لإجراءات تعزيز الصحة النفسية والوقاية من الأمراض النفسية. كما أنه لا ينبغي لها أن تقتصر على مجموعة من الإجراءات القانونية الجامدة، بحيث توظف في خدمة أغراض بيروقراطية من جهة، وتعجز عن توفير الخدمات التي يحتاج إليها المجتمع من جهة أخرى. ثم إن الأنشطة الاجتماعية المتصلة بتنمية السلوك الصحي والحفاظ عليه، تعد من بين الأمور التي يجب أن تشملها تشريعات الصحة النفسية. ويفترض في تشريعات الصحة النفسية أيضا أن تبين بكل الوضوح الحد الأدنى من الأنشطة التي ينبغي لكل

من الحكومة والمجتمع والمدرسة والأسرة، أن يضطلع بها في مجال تعزيز الصحة النفسية، والوقاية من الأمراض النفسية.

وأخيرا وليس آخرا، ما أظنني أيها الإخوة، في حاجة إلى أن أكرر القول، إن من المتعذر أن تسن تشريعات موحدة للصحة النفسية. ومرد ذلك إلى تباين الثقافات والظروف الاجتماعية والاقتصادية في العالم. فالقانون الذي قد نصل إلى درجة الكمال في تطبيقه وإعماله في بيئة اجتماعية معينة، قد يسبب خللا كبيرا لا يمكن إصلاحه لو طبقناه في بيئة اجتماعية أخرى. ثم إن الاختلاف في مستويات التنمية يقتضي اختلافا في الأساليب المتبعة لحماية حقوق الفرد والمجتمع. وقد يؤدي أي قانون يصعب تطبيقه، إلى آثار سلبية، في مقدمتها تضاؤل احترام المجتمع لقانون البلاد. ومن أجل ذلك، أودُّ أن ألتمس من حضراتكم، معالجة الأمر ببالغ الدقة وشديد العناية.

وإنني لعلى ثقة من أن مداولاتكم سوف تنتهي بإذن الله، إلى وضع أنموذج تشريعي، يمكن تكييفه بحيث يناسب مختلف بلدان الإقليم، ويستطيع أن يعبر بصدق عن مدى الاحترام العميق، الذي يوليه الإسلام لحقوق الإنسان وكرامته.

أرجو لكم لقاء مثمرا، وإقامة سعيدة في هذا البلد الطيب، وأتطلع إلى الوقوف على الوثيقة النهائية التي ستسجل فيها وقائع هذا اللقاء الميمون.

والسلام عليكم ورحمة الله وبركاته.

كلمة منظمة الايسيسكو

الدكتور أحمد سعيد ولد باه

ممثل رئيس منظمة الايسيسكو

كلمة منظمة الايسيسكو

الدكتور أحمد سعيد ولد باه
ممثل رئيس منظمة الإيسيسكو

معالي الأستاذ أحمد خالد الكليب ممثل صاحب السمو أمير البلاد وزير الشؤون الاجتماعية والعمل.

معالي الدكتور حسين الجزائري المدير الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية.

معالي الدكتور عبدالرحمن عبدالله العوضي رئيس المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية

أصحاب الفضيلة والسعادة،

أيها الحضور الكريم،

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته وبعد،

يسعدني أن أنقل إليكم جميعا تحيات معالي المدير العام للمنظمة الإسلامية للتربية والعلوم والثقافة، الدكتور عبدالعزيز بن عثمان التويجري، كما يسرني أن أبلغكم أخلص تمنياته وأصدقها بالنجاح والتوفيق لهذه الندوة المهمة التي تكرم صاحب السمو الشيخ جابر الأحمد الجابر الصباح حفظه الله ورعاه فشرّفنا برعايته إياها التي تعقد إضافة إلى منظمة الصحة العالمية ومؤسسة الكويت للتقدم العلمي بالتعاون بين المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية والمنظمة الإسلامية للتربية والعلوم والثقافة، في إطار برنامج متواصل ومتميز للتعاون المشترك بين

المنظمتين، خدمة لقضايا أمتنا العربية الإسلامية ذات الاهتمام المشترك، وسعيا لتحقيق تطلعاتها التنموية وطموحاتها الحضارية.

أيها السادة الكرام

لم تخل إلا أشهر قليلة على تنظيم الندوة الفقهية الطبية التاسعة في المملكة المغربية من أجل توضيح الرؤية الإسلامية لبعض المشاكل المعاصرة، ولم تزل نتائج هذه الندوة تتلاحق وأصداؤها تتوالى بين أطراف الأمة العربية الإسلامية، وها هما اليوم المنظمتان الإسلاميتان للتربية والعلوم والثقافة وللعلوم الطبية بالاشتراك مع منظمة الصحة العالمية ومؤسسة الكويت للتقدم العلمي تؤكدان من جديد حرصهما الثابت على الاضطلاع بالمهمة الحضارية الملقاة على عاتقهما في سبيل إبراز النظرة الإسلامية الصحيحة والتصور المؤمن السليم لمختلف الإشكاليات المتجددة المطروحة جراء التطورات المتواصلة والمستجدات المتتالية التي يشهدها على جميع المستويات العالم الذي نعيش فيه يومنا هذا، وأهمها الإشكاليات المرتبطة بالعلوم الطبية والأحكام الشرعية المتعلقة بها.

فما التفكير في عقد هذه الندوة المهمة حول المنظور الإسلامي لحقوق الأشخاص المعاقين نفسيا وعقليا، والعزم على جمع هذه النخبة الخيرة من الكفاءات المتخصصة البارزة، إلا دليل على الوعي الجاد بطبيعة التحديات وحجم الصعوبات التي تواجهها أمتنا العربية الإسلامية، ونحن على مشارف القرن الحادي والعشرين، وكذلك على الإرادة الصادقة للمساهمة بشكل فعال في تقديم الحلول وتصور المخارج للتغلب على هذه التحديات، وتجاوز تلك الصعوبات.

أيها الحضور الكريم،

إن هذا الموضوع الذي نتناوله اليوم في ندوتنا هذه لمن أجدر

المواضيع بالدرس والنقاش وأحقها بالتمحيص والتوضيح نظراً للأهمية المتزايدة لإشكالية النظرة العامة لحقوق الإنسان بمصادرها المتعددة ومشاربها المختلفة، واعتبارا كذلك للحاجة المتنامية لتأصيل التصور الإسلامي لهذه الحقوق وتأسيسه على قواعد إسلامية ثابتة، نابعة من قيم ديننا الحنيف، ومرتكزة على تعاليم شريعتنا السمحاء، بعيدا عن الانخراط الأعمى والانجراف الارتجالي خلف الشعارات المغرية التي يروجها الغرب بواسطة الإعلام والنشر بشتى أنواعه وعن طريق المحافل الدولية والمؤسسات والمختصة بمختلف أشكالها. فالإسلام أول من كرم الإنسان وأقر المساواة بين الناس وحفظ للفرد كرامته الذاتية وصان له نفسه وعرضه وماله وحرره من كل أشكال القيود الاجتماعية وأنواع التفاوت الطبقي، فجاء منقذاً للبشرية من فزع الاضطهاد وحيف الاسترقاق وهوان الإذلال.

وقد امتد هذا الاهتمام في الإسلام بحقوق الإنسان ليشمل بصورة خاصة الشرائح المستضعفة من المجتمع، إذ يعد مبدأ التضامن البشري والتكافل الاجتماعي، من الدعائم الرئيسة للمثل الإسلامية الصحيحة ليكون المؤمن للمؤمن كالبنيان المرصوص يشده بعضه بعضا، وليبقى المجتمع كالجسد الواحد إذا مرض عضو منه تداعت له سائر الأعضاء بالسهر والحمى.

فمن هذا المنطلق، تعد المحافظة على الحقوق المتعلقة بالأشخاص المعاقين بصورة عامة، والمعاقين نفسيا وعقليا بصورة خاصة، من أجسم الأمانات التي نيطت بأعناقنا كمسلمين معنيين، في حدود اختصاصات مؤسساتنا والتزاماتها، بحال الأمة الإسلامية وطبيعة مشاكلها وملابسات مسيرتها التنموية.

إن حماية هذه الفئات الخاصة ورعايتها وضمان مستوى لائق لها

للمعيشة وتوفير الفرص لها من أجل مواجهة متطلبات الحياة اليومية وتأهيلها وتكوينها لتمكينها من التغلب على ما ينجر عن عاهاتها من قصور وعجز، إن كل هذه العناصر تعد حقوقا لهذه الفئات بقدر ما هي واجبات على باقي أطراف المجتمع ليسعى لتأسيسها والتحسيس بها والسهر على تطبيقها وحفظها.

وقد قامت المنظمة الإسلامية للتربية والعلوم والثقافة، في برامجها الماضية وفي إطار ميادين عملها، بجهود مهمة في هذا المجال، تمثلت في الرعاية المكثفة للمؤسسات المتخصصة التي تعنى بمختلف أنواع الإعاقة النفسية والبدنية وتمويلها ومساعدتها، وتجسدت أيضا من خلال تنفيذ عدة برامج تربوية لتأهيل المكونين والمشرفين على هذه المؤسسات وفي نشر الدراسات والبحوث المتخصصة التي تعالج شتى المواضيع المتعلقة بهذه الفئات الخاصة، وفي تكييف البرامج التعليمية مع طرق تدريس هذه الفئة الخاصة وحاجياتها التربوية والسلوكية، وكل ذلك وفقا للمبادىء الإسلامية والتعاليم الدينية الحنيفة.

أصحاب الفضيلة والسعادة والسيادة

لا يسعني في الختام إلا أن أتوجه باسم معالي المدير العام بأجزل الشكر وأبلغ العرفان لحضرة صاحب السمو الشيخ جابر الأحمد الجابر الصباح على هذا الاهتمام الأصيل والعناية الكريمة، وللمنظمة الإسلامية للعلوم الطبية، والعاملين فيها، وعلى رأسهم معالي الدكتور عبدالرحمن عبدالله العوضي، على هذه الجهود الحميدة، راجين من العلي القدير أن يثبت لنا الأجر في أعمالنا، وأن يوفقنا فيها لما فيه الخير للإسلام والمسلمين.

والسلام عليكم ورحمة الله وبركاته.

كلـــمــة الدكتور
عبدالرحمن عبدالله العوضي

رئيس المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية

كلمة الدكتور عبدالرحمن عبدالله العوضي رئيس المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية

بسم الله الرحمن الرحيم

معالي الأخ أحمد خالد الكليب مندوب حضرة صاحب السمو.

الإخوة الوزراء - الإخوة أعضاء مجلس الأمة - الإخوة الضيوف الكرام.

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته.

الحمدلله الذي هدانا لهذا وما كنا لنهتدي لولا أن هدانا الله. وأصلي وأسلم على سيدنا محمد الذي وصفه رب العزة في قرآنه الكريم بقوله **﴿وإنك لعلى خلق عظيم﴾**.

أما بعد

فيسعدني أن أرحب بحضراتكم في ندوتنا الفقهية الطبية العاشرة، والتي تعقد في هذا العام تحت عنوان **«المشاورة البلدانية حول تشريعات الصحة النفسية في مختلف الشرائع بما في ذلك الشريعة الإسلامية»**.

واسمحوا لي في البداية أن أنقل لحضراتكم تحيات حضرة صاحب السمو أمير البلاد الشيخ جابر الأحمد الجابر الصباح وتمنيات سموه لكم طيب الإقامة في بلدكم الثاني الكويت ودعواته لكم بالتوفيق في هذه الندوة المهمة عن هذه الفئة التي تحظى برعاية خاصة من سموه.

كما يطيب لي أن أتقدم باسمكم ونيابة عن مجلس أمناء المنظمة لسموه بخالص الشكر وجزيل الامتنان لتفضل سموه برعايته الكريمة لأعمال ندوتنا هذه.

أيها الإخوة والأخوات:

تكتسب هذه الندوة أهمية خاصة لأنها:

أولاً: تخرج عن النطاق التقليدي للمنظمة الذي جرت عليه في ندواتها السابقة حيث تنتهي دائما ندواتنا باستصدار توصيات لكن هذه المرة ستتحول التوصيات إلى مشروع تفاهم على ما يجب أن تتضمنه القوانين الخاصة بحقوق المعاقين، لتكون هاديا ومضيئا للجهات المهتمة به لإخراجه إلى حيز الوجود.

ثانياً: هذه الندوة واحدة من ندوات مماثلة ستعقد في جميع أنحاء العالم لتصوغ الشرائع والمعتقدات المختلفة وتصوراتها عن حقوق وواجبات هذه الفئة فكان لا بد أن نبين للعالم رأي الإسلام تجاه هذه المشكلة.

ثالثاً: هذه الفئة من البشر لم تكن منسية ولا متجاهلة من قبل الإسلام ولا من فقهائه ولا أولي الأمر بل يقف الإسلام شامخا قويا بتعاليمه ونظرته إلى الإنسان من حيث هو إنسان دون النظر إلى كونه معاقا أم معافى فكرمه رب العباد عن سائر المخلوقات فأمر الملائكة بالسجود له وسخر له كل ما في الكون لإسعاده حسب ما أقره له ربه.

وتكريم رب العزة للإنسان جاء في محكم تنزيله محددا بأن أساس التكريم هو التقوى ﴿**إن أكرمكم عند الله أتقاكم**﴾، ولم يكن التكريم هنا بسبب العقل والحكمة ولكن لتقوى الإنسان. وتميز الإنسان عن سائر المخلوقات بالعقل الذي جعله الله مناط التكليف وأعطاه حرية

الاختيار بين الخير والشر والنافع والضار، والجميل والقبيح. وحفظ العقل هو أحد مقاصد الشريعة الخمسة، إلا أن هناك حالات رفع فيها التكليف كما جاء في قول الرسول ﷺ: «**رفع القلم عن ثلاث النائم حتى يصحو والطفل حتى يبلغ والمجنون حتى يشفى**». وهذا يتماشى مع قول الحق: ﴿**لا يكلف الله نفسا إلا وسعها لها ما كسبت وعليها ما اكتسبت**﴾.

وهنا تتضح أهمية العقل ودوره في الإسلام وتحديد المسؤولية.

وإذا نظرنا وتأملنا في القرآن نجد أن كلمات «تعقلون - ويتفكرون - ويتذكرون» تأتي في العديد من الآيات عند الأمر أو النهي أو التأمل أو التفكر.

لكن إذا ما غاب هذا العقل أو أصيب بمرض و أفقد صاحبه القدرة على التمييز بين الخير والشر والجميل والقبيح والحق والباطل فما موقف صاحبه؟

إنه إنسان بكل ما تحمله كلمة الإنسانية من معان له حقوق على الأسرة والمجتمع. وهذه الحقوق يجب أن تكون مصونة يكفلها الجميع ولا يجب النظر إليها على أنها تفضل من أحد على هذه الفئة.

إن لهم حقوق الرعاية من المجتمع، والتعليم وتوفير الرعاية الصحية ويجب أن تكون هذه الحقوق مقدمة على من سواهم من الأصحاء لأنهم أمانة في أعناقنا جميعا ويجب أن يكون شعارنا في هذه الندوة عدم عزلهم بل الاندماج الكامل بتوفير كل الوسائل واتخاذ كل التدابير من أجل هذا الاندماج «**فكلكم راعٍ وكلكم مسؤول عن رعيته**».

وخير دليل لنا في هذا المقام قول الحق سبحانه وتعالى: ﴿**ولا**

تؤتوا السفهاء أموالكم التي جعل الله لكم قياما وارزقوهم فيها واكسوهم وقولوا لهم قولا معروفا﴾.

إن المتأمل في هذه الآية يجد أنها تمثل دستورا كاملا، فمع الحجر بسبب السفه إلا أنه سبحانه وتعالى أمرنا أن نطعمهم ونكسوهم ونقول لهم قولا معروفا. إنه الحق الذي لا يأتيه الباطل من بين يديه ولا من خلفه.

ويجب حمايتهم ضد العدوان عليهم وعلى ذاتيتهم فلا يجوز أن يكونوا محل إهمال أو تصور لإجراء التجارب عليهم أو الحصول منهم على أعضاء لآخرين أصحاء.

لقد أثرى علماء الفقه الإسلامي وأطباؤه وفلاسفته هذه المسيرة فتعرضوا بالتوصيف والتفريق بين كثير من المصطلحات التي كانت سائدة في عصورهم ووضعوا التكييف الشرعي لكل حالة من هذه الحالات، ولم يغفل أطباء المسلمين عن هؤلاء المرضى بل وضعوا التشخيص الصحيح والحقيقي لكل حالة من هذه الحالات، فالرازي وابن سينا وغيرهما لهم الكثير في هذا المجال من آراء تستحق أن تدرس بعناية ولعل أهم من كتب في مجال الأمراض النفسية: الإمام الغزالي في موسوعته الرائعة «**إحياء علوم الدين**» وإفراده فصولا عديدة عن النفس البشرية وأمراضها وعللها، والعالم المسلم الفذ أبو زيد البلخي الذي يعتبر بحق أستاذ علم النفس الحديث فقد وضع الأسس العلمية لكثير من الأمراض النفسية والتي اكتشفت حديثاً واستطاع أن يفرق بين العديد من الأمراض التي تمت الكتابة عنها حديثا.

كل هذا التراث يجعلنا نحن - المسلمين - أحق الناس بأن نتدارس هذا الأمر وأن نكون سباقين لعرضه على العالم لينهل منه كل ظمآن ويستظل بظله كل من لفحته شمس المدنية حيث تقطعت

الأوصال والوشائج والأرحام، وأصبحت النظرة إلى المعاقين وإلى الأسرة المكلومة المصابة نظرة فيها الكثير من العار لدرجة أن هذه الأسر أصبحت تتناسى أن لها مريضا أبا أو أما أو ابنا أصابه الضر فبدل أن تلتف حوله وتواسيه وتذكره بأن رحمة الله واسعة وأن هذا الذي مسه ليس غضبا من الله ولا مسا من الجن ولكن لله في شؤونه حكمة أراد أن يكون هؤلاء بين الأصحاء ليشكر الصحيح ربه على نعمة الصحة والعافية وأن يسعى لتخفيف آلامه وآلام أسرته. إنهم تجسيد لرحمة الله بالإنسان فلولا وجود هذه النماذج بيننا لشقي المجتمع واختفت الرحمة والشفقة والتعاطف بيننا.

إن تراثنا الإسلامي يزخر بالكثير من الروايات التي تحكي كيف كان يعامل المصابون نفسيا أو عقليا معاملة خاصة من قبل الحكام المسلمين فكانت تصرف رواتب وإعانات لهم ولأسرهم لأعانتهم على قضاء حوائجهم الدنيوية بل إن بعض الخلفاء كانوا يقومون بزيارات لهم في المستشفيات والمصحات وأدخلوا الموسيقى كجزء من علاجهم للترفيه عنهم.

إن أمام الندوة العديد من الأسئلة التي تحتاج إلى إجابات شافية، والتي ستجد طريقها بسهولة ويسر أمام هذا الجمع الطيب من الخبراء والأساتذة في التخصصات المختلفة في هذا المجال والمشاركين في هذه الندوة وأدعو الله لكم بالتوفيق والسداد.

وفي النهاية اسمحوا لي أن أتقدم باسمكم جميعا بخالص الشكر وجزيل الامتنان لحضرة صاحب السمو أمير البلاد حفظه الله رئيس مجلس إدارة مؤسسة الكويت للتقدم العلمي على التعاون الصادق بين المؤسسة والمنظمة الإسلامية للعلوم الطبية، وعلى رعايته الدائمة

والأبوية لأعمال ونشاطات المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية، وقد انعكس ذلك على تدعيم مسيرة المنظمة.

كما يسعدني أن أتوجه بالشكر الجزيل إلى الإخوة في المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية بالإسكندرية على تعاونهم البناء من أجل عقد هذه الندوة وإلى الإخوة الأعزاء في منظمة الإيسيسكو التي لا تألو جهدا في المشاركة مع منظمتنا في هذه الأعمال الجادة التي تهم الأمة الإسلامية.

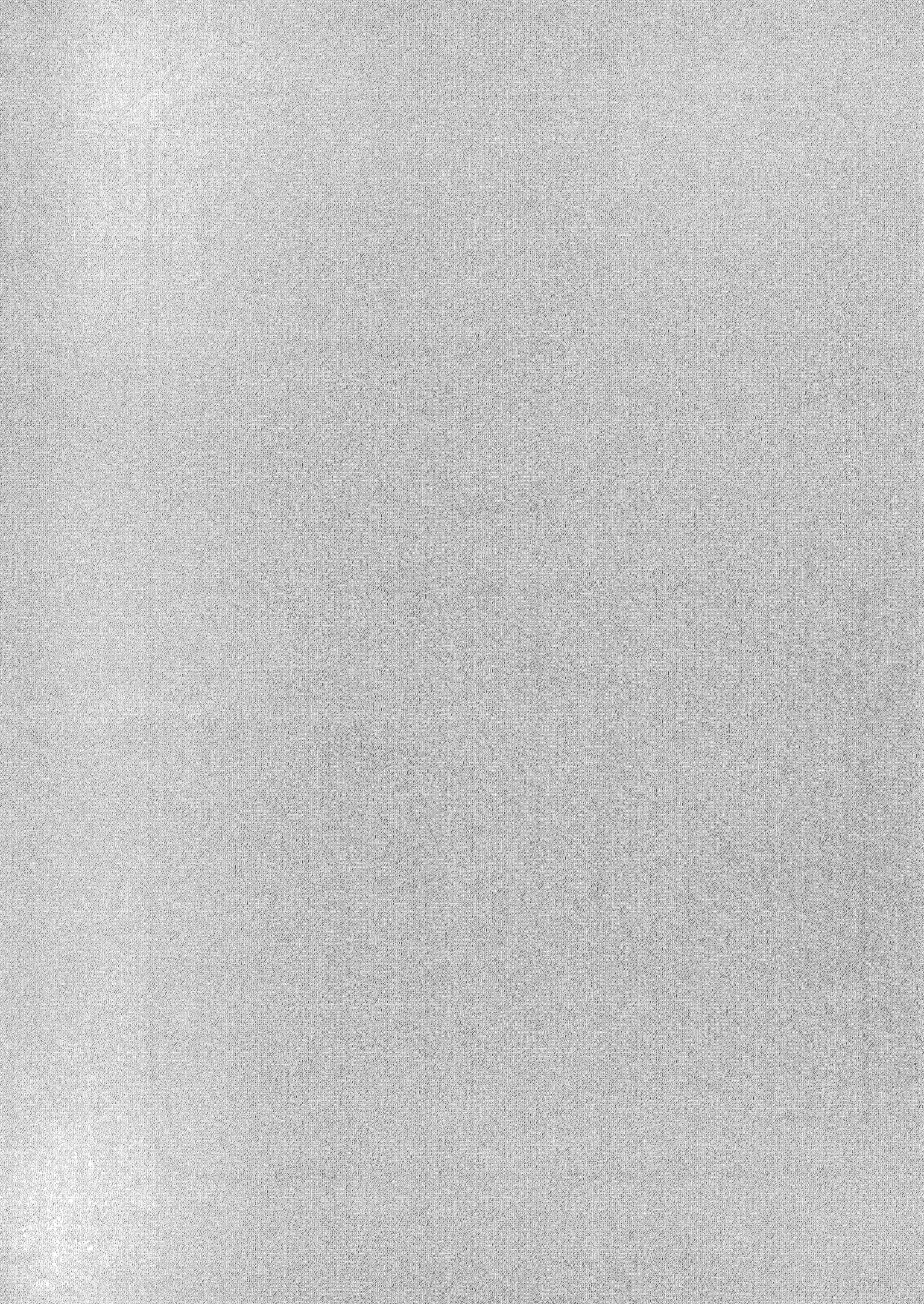
كما أتوجه بخالص الشكر وجزيل الامتنان إلى سمو ولي العهد رئيس مجلس الوزراء وحكومته الرشيدة والشعب الكويتي على مساندته ودعمه للمنظمة الإسلامية للعلوم الطبية. وإلى العاملين المخلصين الذين خططوا ونفذوا هذا العمل بكل اقتدار وحب وتفان في سبيل إعلاء كلمة الإسلام لهم مني خالص التحية والشكر.

كما يطيب لي أن أشكركم من أعماق قلبي على تجشمكم مشقة السفر متمنيا لكم طيب الإقامة والتوفيق فيما أوكل إليكم.

كما أتوجه إلى العلي القدير أن يفك قيد أسرانا ويخفف عنهم في ظلمتهم وأن يكون معهم ليؤنس وحشتهم.

والسلام عليكم ورحمة الله وبركاته،،،

الجزء الأول
الصحة النفسية في مختلف التشريعات



الجلسة الأولى

الرئيس: الدكتور حسين الجزائري

نائب الرئيس: الدكتور أسامة الراضي

المقرر: الدكتور سعد الدين العثماني

المتحدثون:

١ - الدكتور ج. بيرتولوت

٢ - الدكتور أحمد محيط

٣ - الدكتور س. بوتيراس

الرئيس الدكتور حسين الجزائري: بسم الله الرحمن الرحيم. نبدأ بالجلسة الإجرائية ونود أن نرحب بكم، وأمامكم وزعت عليكم ملفات تحوي على ما وصلنا من أوراق، وهناك بعض الأوراق قد وصلت متأخرة نسبياً وسيتم طباعتها وتوزيعها عليكم إن شاء الله لإضافتها للملف، هناك - أيضا - جدولٌ للأعمال المبدئي نرجو إذا كان هناك أي تعليق أو طلب بإضافة موضوع أو شيء من هذا النوع أن نقدم هذا الأمر الآن أو نقر جدول الأعمال والبرنامج أيضا؛ لأن البرنامج وزع عليكم ومحدود فيه الوقت المطلوب للالتزام به، وتلاحظون أننا قد بدأنا قبل تسع دقائق من الوقت المطلوب لعلنا نستطيع أن نسير بنفس هذه الدرجة من المواظبة حتى نستطيع أن نكمل كل ما نريد خلال الفترة المحددة نسبيا والمتاحة لنا.

أود أيضا أن أذكر بأن الهدف من هذا الاجتماع هو أن نخرج بمجموعة استرشادية؛ بخطوط عريضة نستطيع أن نوزعها لكافة الدول وخاصة أن الدول بشكل عام إما أنها تحاول أن تُحدِّث الأنظمة القانونية وبالتالي فهي تحتاج إلى وضع مثل هذه الأنظمة التشريعية الخاصة بالصحة النفسية. نحن نعرف بأن المطلوب هو حماية المريض النفسي وأيضا حماية المجتمع وبطريقة متوازنة وأن يكون هناك توازن بين الحالين: لا إفراط ولا تفريط، فنرجو أن نقرّ كل هذا إن لم يكن عندكم اعتراض على جدول الأعمال والبرنامج المبدئي، فهل أتيحت لكم الفرصة الكافية للنظر في البرنامج وجدول الأعمال؟ دكتور لطفي تفضل.

الدكتور لطفي الشربيني: بالنسبة للجان الفنية ما هي نوعية اللجان؟ وهل كل لجنة ستضم مجموعة متخصصين في مجال واحد مثلاً: لجنة للنواحي الدينية ولجنة للنواحي الطب النفسية، ولجنة للنواحي إذا كانت الاجتماعية أو القانونية أو اللجان ستكون مشتركة لأنه لا يوجد توضيح هنا في البرنامج؟ وشكراً.

الرئيس الدكتور حسين الجزائري: هو بطبيعة الحال إقرار البرنامج لا يستدعي الآن أن نقر ما هي اللجان، اللجان ستناقش وسيكون هناك اقتراح مبدئي بتشكيل اللجان. نستطيع أن ننظر إليه فيما بعد ونناقش أيضا إذا أردنا أن نغير بعض الأوضاع، أنا أعرف أنها مشاورة تامة ولكن لا أريد أن أقول بأن تكوين اللجان ومن سيكون في اللجان، فلا بد أن نعرف أولا كل الحاضرين ثم نحاول أن نوزع العدد بشكل متوازن حتى نستطيع أن نقوم في كل لجنة من اللجان بالعمل المطلوب، إذا لم يكن هناك أي نقطة للإضافة أو طلب تعديل بالنسبة للبرنامج وبالنسبة لجدول الأعمال سنعتبر أن جدول الأعمال موافق عليه. . . دكتور مالك مبشر تفضل.

الدكتور مالك مبشر: شكرا سيدي الرئيس، بالنسبة للبرنامج هناك بعض الموضوعات الهامة خاصة الصحة النفسية لم يحدد لها وقت في جدول الأعمال. شكرا.

الدكتور أحمد محيط: بالنظر لقصر الوقت لم نتمكن من إدراج كل الأوراق الموجودة في البرنامج في الملف الموجود معكم، وهذه الموضوعات ممكن أن تعرض أثناء الاجتماع وتناقش وشكرا.

الرئيس الدكتور حسين الجزائري: إذا لم يكن هناك أي إضافات أو ملاحظات بشأن جدول الأعمال، وكما ترون فإن لكل محاضرة وقتاً محدداً وكذلك هناك وقت محدد للمناقشات؛ فإذا التزمنا بها نستطيع أن ننتهي من أعمالنا في الوقت المحدد وإلا ستضطرون للعمل مدة أطول وأعتقد أننا نستطيع أن نبدأ الآن، والكلمة الأولى للدكتور برتلوت ومحاضرته عن الصحة النفسية فليتفضل.

مراجعة لتشريعات الصحة النفسية
على مستوى العالم

الدكتور ج . م . بيرتولوت

مكافحة الاضطرابات العقلية

قسم الصحة النفسية ومنع إساءة استعمال المواد

منظمة الصحة العالمية

جنيف

مراجعة لتشريعات الصحة النفسية على مستوى العالم

الدكتور ج. م. بيرتولوت

إن أمام إدارة الصحة النفسية ومنع إساءة استخدام المواد، التابعة لمنظمة الصحة العالمية، هدفاً عاماً يتمثل في تقليل المشكلات ذات الصلة بالاضطرابات العقلية والعصبية، ودمج المعارف والمهارات الخاصة بالصحة النفسية في برامج الرعاية الصحية والتنمية الاجتماعية، ويستقر حجر الزاوية في برنامج الصحة النفسية على جهود دعم تنميتها.

وقد لاحظت إدارة الصحة النفسية... بل ورصدت عدداً كبيراً من الأنشطة على المستوى الدولي تتضمن تشريعات تتصل بالصحة النفسية، ولا تقتصر هذه الأنشطة على الطب النفسي الشرعي، وكل مجالٍ وثيق الصلة بالطب النفسي والصحة النفسية فقط، وإنما تمتد أيضا إلى مختلف الوسائل القانونية فيما يتصل بمن تم تشخيص حالاتهم على أنها اضطرابات عقلية: كحقوق الإنسان، والحقوق والواجبات المدنية، والتشريعات الجنائية، والقيود والحدود القانونية، ومعايير المعالجة ومتطلباتها والقيود عليها، وغير ذلك.

وقد أجري مؤخراً تحليل مقارن للتشريعات ذات الصلة بالصحة النفسية في أكثر من ٦٠ نظاما قانونيا، وسوف يتم بعد فترة وجيزة، نشر التقرير الكامل الخاص بتلك الدراسة، ويتضمن الجدول البياني رقم (١) نظرة سريعة إليه.

وإذا ألقينا نظرة فوقية على العالم، أمكننا تقسيم الأنشطة ذات الصلة بتشريعات الصحة النفسية إلى أربعة مجالات رئيسة هي:

أ - حقوق الأشخاص المصابين بالاضطرابات العقلية:
- احترام حقوقهم الإنسانية.
- حقهم في العلاج.

ب - نوعية الرعاية الصحية النفسية.

ج - الاستخدام الصحيح للقنوات الإدارية والرقابة على الموازنة.

د - إشراك المستفيدين بالخدمات الصحية في التخطيط لها وتنفيذها وتقييمها.

حقوق الإنسان

يمثِّل القرار رقم ٤٦/١١٩ الذي تبنَّته الجمعية العامة للأمم المتحدة في ١٧ ديسمبر ١٩٩١ والخاص بحماية ذوي الاضطرابات العقلية والنهوض بمستوى الرعاية الصحية النفسية، نقطة تحول على طريق إحقاق حقوق ذوي الاضطرابات العقلية (ووكشن فيلدت)[٢].

والواقع أن هذا هو القرار الوحيد الذي تبنَّته الجمعية العامة للأمم المتحدة، ويتناول الرعاية الموجَّهة إلى مجموعة معينة من الأمراض. صحيح أن هناك قرارات سابقة تتصل بحقوق الإنسان عامة وبجماعات معينة (كالأطفال، والمعاقين، والمتخلفين عقليا)، غير أن أحداً منها لم يختص بمجموعة كاملة من الأمراض كالاضطرابات العقلية والسلوكية.

ويمكننا متابعة أصول هذا القرار إلى أوائل السبعينات عندما دعيت لجنة حقوق الإنسان بالأمم المتحدة إلى فحص الاتهامات بإساءة استعمال الطب النفسي للسيطرة على المنشقين السياسيين في الاتحاد

السوفيتي السابق. وقد اتسع النطاق من مجرد الانشغال بالمعايير التشخيصية إلى تشكيل الوسائل الواقعية لحماية ذوي الاضطرابات العقلية والنهوض بمستوى الرعاية الصحية النفسية على وجه العموم. وقد تم إعداد تقارير عمل مؤقتة (عُرفت على الترتيب بتقارير دايس Daes، بالي Palley، وستيل Steele)، أفضت جميعاً إلى الصيغة النهائية التي تبنَّتها الجمعية العامة للأمم المتحدة في ١٧ ديسمبر ١٩٩١ في صورة القرار ٤٦/١١٩.

يشتمل القرار المذكور على ٢٥ مبدأً يتكون معظمها من أقسام فرعية، ومع أن كل هذه المبادىء تتساوى من حيث الأهمية، فإن لبعضها اتصالاً خاصاً بقضية حقوق الإنسان.

فالمبدأ رقم ١-٤ مثلًا ينص على أنه:

«لن يكون هناك أي تمييز على أساس المرض العقلي، والمقصود هنا أي تمييز أو استثناء أو تفضيل يؤدي إلى إلغاء أو تعطيل التمتع بالحقوق على قدم المساواة، غير أن بعض الإجراءات التي تتخذ فقط لحماية حقوق المرضى العقليين وضمان تقدمهم لا تعد إجراءات تمييزية، والتمييز المقصود هنا لا يدخل تحته أي تمييز أو استثناء أو تفضيل ناتج عن المبادىء الحالية ولازم لحماية حقوق الإنسان الخاصة بمريض عقلي أو أي أفراد آخرين».

ويؤكد نفس المبدأ على التمتع بجميع الحقوق المدنية والسياسية والاقتصادية والاجتماعية والثقافية المعترف بها في الوثائق القانونية الدولية الرئيسة «كالإعلان العالمي لحقوق الإنسان»، و«الميثاق الدولي للحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية»، و«الميثاق الدولي للحقوق المدنية والسياسية»، و«إعلان طهران»، و«إعلان حقوق الأشخاص المتخلفين عقليا»، و«إعلان حقوق العجزة»، و«مجموعة المبادىء

الخاصة بحماية جميع الأشخاص الواقعين تحت أي شكل من أشكال الاعتقال أو السجن»، و«اتفاقية عدم التعذيب أو أية معاملة أو عقوبة قاسية ومُهينة وغير إنسانية»[٣].

ويمكن للمبدأ الأساسي الأول أن يحدث أثراً واضحاً، ولا سيّما إذا ورد في أية وثيقة قانونية وطنية رئيسة كالدستور أو القانون المدني، كما هو الحال في أسبانيا وموزامبيق، ومقاطعة كيبيك في كندا.

وهناك مبادىء أخرى تتناول المسألة الخطيرة جداً وشديدة الحساسية التي تتعلق بالتمييز بين المعالجة الطبية النفسية الجبرية، والدخول الجبري لمرافق الطب النفسي، ومن واقع الممارسة العامة للطب النفسي حاليا تتضح زيادة أهمية دخول المستشفى على أهمية المعالجة، ولكن «القرار» يعكس هذا الوضع بحيث يعطي الأولوية للمعالجة على القيمة الاجتماعية للاحتجاز الممثل في الدخول الجبري.

ففي المقام الأول لا تُفرض المعالجة الجبرية على أي شخص دخل المستشفى جبرا، وثانيا يمكن فرض المعالجة الجبرية فقط إذا كانت فيها مصلحة واضحة لحالة المريض الصحية. ولكن يبقى أن الدخول الجبري لا يمكن تنفيذه إلا بعد صدور قرار رسمي من قِبَل مهني مختص بالصحة النفسية، لديه السلطة القانونية لعمل ذلك، ويقول فيه إن المريض مصاب باضطراب عقلي يؤدي إلى احتمال كبير بحدوث إيذاء للنفس أو للآخرين، أو في حالة وجود احتمال حدوث تدهور خطير لحالة سريرية سابقة. وأخيراً فإن الاستفادة من أي مرفق للطب النفسي أو الصحة النفسية تتبع نفس القواعد المرعية في أي مرفق صحي آخر، وهذا يعني أن جميع مرضى الطب النفسي الطوعيين أحرار في مغادرة المستشفى إذا رغبوا في ذلك دون أية قيود.

ولعل أفضل مثال على تقديم المعالجة على دخول المستشفى،

هو ما نجده في القانون الإيطالي للصحة النفسية الصادر في ١٩٧٨[٤]، حيث لا يوجد مبرر للدخول الجبري إلا الحاجة الملحَّة إلى معالجة خاصة بصورة متتابعة، وألا يكون الدخول هدفا في حد ذاته أو بغرض حماية المجتمع.

الصحة العمومية وحقوق الإنسان

هناك مشكلة مهمة فيما يتعلق بالأشخاص ذوي التشخيصات النفسية، وتتمثل في التعارض بين أساليب الصحة العمومية وحقوق الإنسان[٥]. فبينما تهتم الأولى غالباً بمعظم السكان، وتعمل على مستوى جماعي، وتركِّز على مبدأ العدل والإنصاف فإن حقوق الإنسان تهتم أساسا بالاستثناء، وتعمل على المستوى الفردي وتركِّز على مبدأ المساواة.

بيد أن هناك تأثيراً واضحاً بين هذين الاتجاهين المتميزين. ففيما يتعلق بالصحة النفسية، يوجد العديد من الحلول الوسط على مستوى العالم، مع سيادة أحد الجانبين على الآخر اعتمادا على القيم التقنية العلمية والأيديولوجية السياسية السائدة، إلا أننا ما زلنا بعيدين عن تسوية هذا التناقض العملي، فهناك عامل يزيد هذا الأمر سوءاً ويتمثل في التداخل بين الحقوق المدنية والاجتماعية، وهو مثال سابق على التوافق السياسي[٦و٧] ينعكس بوضوح في قرار الأمم المتحدة المذكور آنفاً، ويتعرض للنقد من جانب العديد من جماعات أصحاب المصالح[٨].

نوعية الرعاية الصحية النفسية

وقد لوحظ اتجاه آخر يتصل بنوعية الرعاية الصحية النفسية[٩]،

ويتضمن القرار رقم ١١٩/٤٦ مجموعة من المبادىء (مثلًا رقم ٨، ٩، ١٠، ١٣، ١٤) تمس بصورة مباشرة مقاييس الرعاية الصحية النفسية، وثمة مثال آخر على هذا الاتجاه يتمثل في القواعد والإرشادات الخاصة بمعايير تدريب المهنيين في مجال الصحة النفسية.

وقد قامت منظمة الصحة العالمية في السنوات الأخيرة بإخراج سلسلة من الوثائق حول ضمان نوعية الرعاية الصحية النفسية، بدءاً من السياسة الصحية النفسية ووصولًا إلى المرافق المتخصصة في الصحة النفسية[١٠]. وتشير إحدى هذه الوثائق على وجه الخصوص إلى تعزيز حقوق الأشخاص المصابين بالاضطرابات العقلية.

الاستخدام الصحيح للقنوات الإدارية

إن وضع القواعد والإرشادات الخاصة بنوعية الرعاية أمر بالغ الأهمية في النهوض بمستوياتها، غير أن هذا التقعيد قد يشكّل عائقاً كبيراً أمام تسوية الاختلافات الأيديولوجية كالتي تواجه مؤيِّدي بل ومعارضي وجود مستشفى للطب النفسي، أو بعض النماذج الحديثة في أساليب الرعاية الصحية (كالطب النفسي «المجتمعي» مقابل الطب النفسي «البيولوجي»). ولكن يبقى أن ما يهم المستفيدين من الخدمات الصحية هو نوعية ما يتلقونه من تلك الخدمات، وكذلك احترام حقوقهم وتحسين نوعية الحياة التي يعيشونها، ولا يتوقف الأمر فقط عند مكان الحصول على الرعاية، أو شكلها.

وجدير بالإشارة أنه يمكن تحقيق تحسينات كبيرة دون أية تغييرات تركيبية كبيرة مثلًا، وذلك من خلال بعض التعديلات في تمويل الأشكال المختلفة لتقديم الخدمات، كالعيادات الخارجية، والرعاية المنزلية، والرعاية بالمستشفى... إلخ.

يمكن للاستفادة الصحيحة من القواعد والإرشادات، ووجود استراتيجية للتقييم المستمر تعتمد على التقييم الذاتي ومشاركة المستفيدين من الخدمات أن تحقق تقدماً في النواحي الإدارية والتمويلية، وفيما يتصل بدعم حقوق الإنسان للمستفيدين من الخدمات.

مشاركة المستفيدين من الخدمات الصحية في إدارتها

يمكن للمرء ملاحظة تزايد مشاركة أصحاب المصلحة (من المرضى الحاليين والسابقين وأقاربهم) في تخطيط الخدمات الصحية وتنفيذها وتقييمها، حتى ذوي الاضطرابات العقلية الذين كانوا يُنبذون عادة ويوصَمون بالعار ويُهمَّش دورهم، بدؤوا المشاركة في اتخاذ القرارات الخاصة بهم والرعاية الموجَّهة إليهم وتحديد وضعهم الاجتماعي، وقد تمخض هذا عن اكتسابهم قوة متزايدة.

وقد تنامى في العقود الأخيرة الاعتراف بقدرة الناس عامة على القيام بدور أكثر نشاطاً في اتخاذ القرارات التي تمس رعايتهم الصحية بصورة مباشرة أو غير مباشرة. وتنص المادة رقم (٤) من إعلان (ألما آتا) [١٢] على أن:

«من حق الناس بل ومن واجبهم المشاركة الفردية والجماعية في التخطيط لرعايتهم الصحية وفي تنفيذها».

وبالمثل فإن المشاركة الفردية في العمليات المجتمعية والوطنية حق وواجب. ويحث إعلان (ألما آتا) على المشاركة المجتمعية على وجه الخصوص من خلال الإشارة إلى ضرورة تمثيل المشاركة المجتمعية في جميع الأجهزة التي لها اتصال بالأمور الصحية، وينبغي أن يوجَّه اهتمام خاص إلى وجود ممثلين للجماعات المستهدفة وذات

المصالح الخاصة والتي لديها المبادرة لتحسين المستوى الصحي في المجتمع.

ومن الممكن تحقيق مشاركة مجتمعية متوازنة ومسؤولة من خلال إسهام القطاعات التالية:

- المستخدمين الحاليين والسابقين للخدمات الصحية.
- الأقارب.
- المجتمع المحلي والجماعات المدنية (الدينية، والنسائية، والشبابية، أو جماعات الأقليات العرقية).
- الحكومة المحلية.
- المنظمات العلمية.
- منظمات العاملين الصحيين.
- الاتحادات العمالية.
- جماعات العون الذاتي (الجهود الذاتية).
- وجماعات الرأي.

بهذه التركيبة يتحقق المزيد من المشاركة الفردية والجماعية من خلال نشر المعلومات الصحيحة والملائمة وإزالة الحواجز المؤسسية غير الضرورية والتي تعوق المشاركة الكاملة للأفراد والأسر والمجتمعات.

خاتمة

واقع الأمر هو أن التشريعات الخاصة بالصحة العقلية هي الآن موضوع للمناقشة والمراجعة، والتغيير أو التحسين في معظم النظم القانونية التي قامت منظمة الصحة العالمية بدراستها على مستوى العالم حتى الآن.

فإذا أخذنا في الحسبان جميع العوامل آنفة الذكر، فإن الخبرات المستفادة في مجال تشريعات الصحة النفسية من العديد من البلدان، تشير إلى أنه عند التعامل مع الوثائق القانونية الرئيسة (كالقانون الوطني للصحة النفسية، والقانون المدني، والقانون الجنائي)، يتضح أن الفجوة الزمنية بين المبادرات الأولى لتطويرها أو تعديلها وتطبيقها لا تقل عادة عن عشر سنوات في المتوسط. وفي الواقع هناك أمثلة عديدة على أن التبنِّي الرسمي لقانون ما، لم يكن سوى تأكيد متأخر لتغييرات حدثت في واقع الممارسة منذ وقت طويل.

وعلى الناحية الأخرى نجد أن التنظيمات النابعة من السلطات الإدارية تستطيع تحقيق تقدم كبير على المدى القصير، حيث إنها لا تتعارض مع التشريعات القائمة. وهذه القناة تتميز بكفاءة خاصة إذا كانت للسلطات الصحية السيطرة الكاملة على الموازنة.

وبعبارة أخرى، يتسم الطريق التشريعي بالبطء، ولكنه قد يسفر عن مشاركة أوسع من جانب القطاعات المختلفة في المجتمع. ومن هنا يحمل إمكانية تحقيق درجة عالية نسبياً من الإجراءات الديمغرافية، بينما قد يحقق الطريق الإداري الذي لا يضر سوى عدد قليل من صانعي القرار النتائج المرجوة في وقت أقل بكثير، ربما على حساب مشاركة المجتمع بصفة عامة. بيد أن هذين الطريقين ليسا متنافرين، ويمكن الحصول على أفضل النتائج بالاستخدام العاقل والحكيم لكليهما معاً.

الجدول ١- تشريعات الصحة النفسية في خمسين بلدا مختارا

الوضع	العدد	البلد
لا توجد تشريعات (نظم غير رسمية)	٧	الأرجنتين، إثيوبيا، الأردن، موزامبيق، رواندا، تايلند، فيتنام.
تشريعات صدرت قبل ١٩٧٦	١٨	بنين، البرازيل، الصين، فيجي، ألمانيا، غانا، ماليزيا، نيجيريا، بيرو، بولندا، السنغال، جنوب أفريقيا، السودان، سويسرا، السويد، سورية، تنزانيا، زمبابوي.
تشريعات صدرت بعد ١٩٧٦	٢٥	أستراليا، بربادوس، بوليفيا، كندا، كوستاريكا، فنلندا، فرنسا، الهند، إيطاليا، اليابان، كينيا، لبنان، هولندا، نيوزيلندا، باكستان، روسيا، كوريا الجنوبية، أسبانيا، سوازيلند، تونغا، ترينيداد وتوباغو، تونس، المملكة المتحدة، الولايات المتحدة الأمريكية، فنزويلا.

المراجع

1. United Nations General Assembly. The protection of Persons with mental illness and improvement of mental health care. Int. Dig. Health Leg., 43:413-423, 1992.

2. Wachenfeld M. The human right of the mentally ill in Europe under the European Convention on Human Rights. Nord. J. Int. Law: 109-292, 1992.

3. UN. Human Rights: a compilation of international instruments. New York and Geneva, United Nations, 1994.

4. Tansella, M. & Williams, P. The Italian experience and its implications. Psychol. Med., 17:283-289, 1987.

5. Bertolote, JM. Mental Health Legislation: a review of some international experiences. Rev. Saude Publica, 29 (2): 152-156, 1995.

6. Brody, E. Biomedical Technology and Human Rights. Paris, UNESCO, 1993.

7. Krauthammer, C. Humman Rights: giving in after the debate is won. International Herald tribune, June 19-20, 1993, pp.4.

8. Gendreau, C. Elaboration d'une nouvelle norme internationalle concernant le droit du patient psychiatrique de consentir a un traitement ou de le refuser. Master of Law Thesis, Universite de Montreal, 1994.

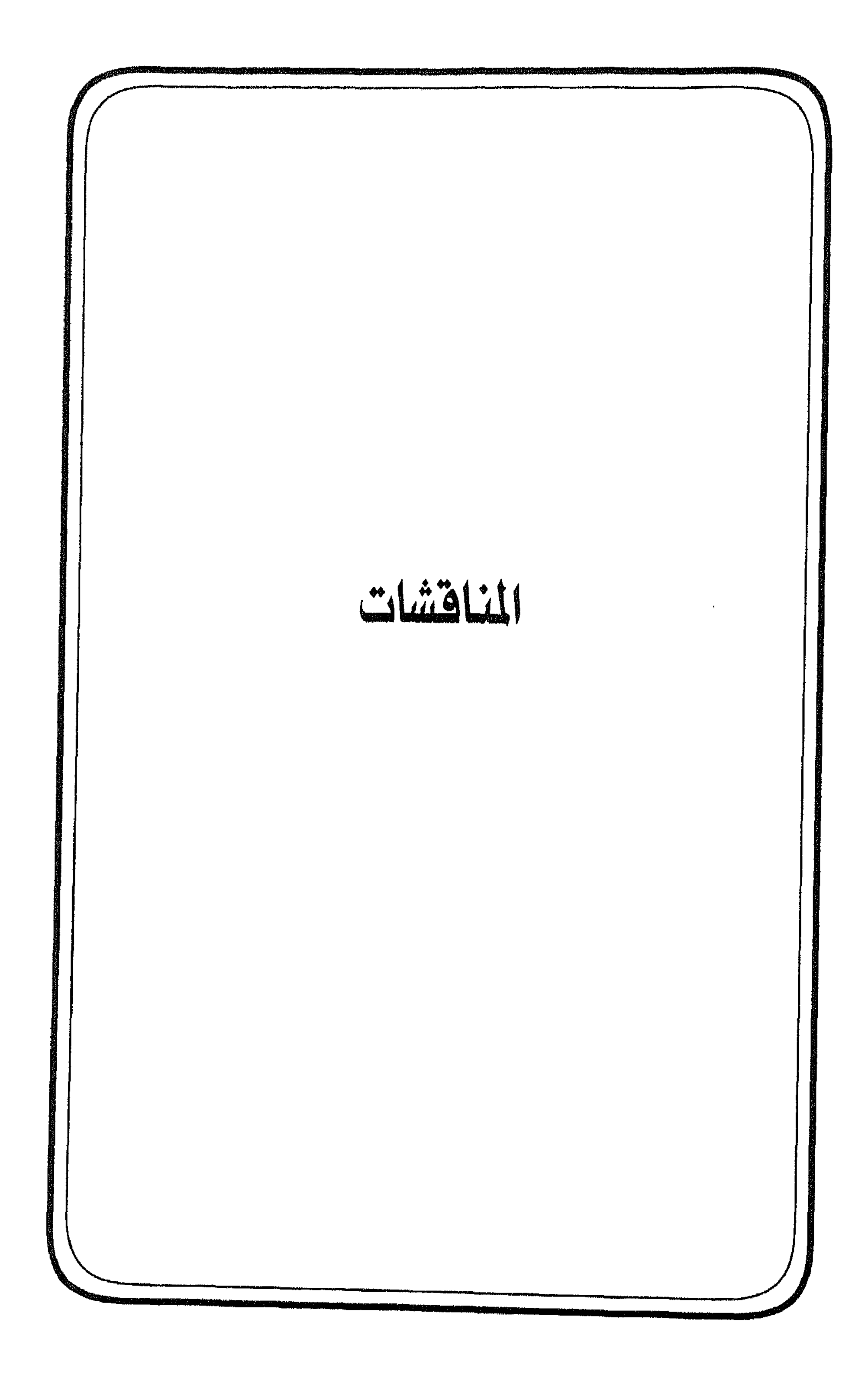
9. Bertolote, J.M. Quality Assurance in Mental Health Care. N. Sartorius et al. (eds.). Treatment of Mental Disorders, 443-461. Washington, APA, 1993.

10. WHO. Quality assurance in mental health care (Doc.: WHO/MNH/MND/94.17). Geneva, WHO. 1994.

11. Merkl, P.E. Which are todays democracies? Int. Soc. Sci. J. 136: 257-270, 1993.

12. WHO-UNICEF (1978) Primary Health Care: Report of the international conference on primary health care. Alma-Ata, URSS, 6-12 September 1978. WHO, Geneva.

13. WHO. Consumer involvement in mental health and rehabilitation services (Doc.: WHO/MNH/MEP/89.7). Geneva, WHO, 1989.



المناقشات

المناقشات

الرئيس الدكتور حسين الجزائري: شكرا للدكتور برتلوت على هذا العرض الجيد ولقد أوضح جميع الصعوبات التي تواجهونها وهو موضوع معقد. وأود أن أوجه انتباهكم إلى أننا سنكوّن مجموعتين متوازيتين من الممارسين الأطباء والمهتمين بحقوق الإنسان والتشريعات والرعاية الصحية بصفة عامة، والاجتماعات الفنية للمجموعتين سوف تبدأ بعد انتهاء أعمال هذه الجلسة. ولدينا عشر دقائق أو ربع ساعة، إذا كان الإخوان يستطيعون أن يقدموا أسماءهم للجان، فاللجنة الأولى عن (حقوق المرضى النفسانيين وعلاجهم في المجتمع)، واللجنة الثانية عن (مسؤوليات المريض النفسي المدنية والجنائية)، وإذا أحببتم أن تقدموا الأسماء للدكتور أحمد الجندي في أي اللجنتين تريدون، وإذا وجدنا أن كلكم في لجنة واحدة طبعاً سنعيد النظر مرة ثانية، ولكن أتوقع أن يكون هناك توزيع طبيعي. هل تستطيع أن تتكرم بالاسم أولاً ثم اللجنة.

اللجنة الأولى هي (لجنة حقوق المرضى النفسانيين وعائلاتهم والمجتمع)، واللجنة الثانية (لجنة مسؤوليات المريض النفسي المدنية والجنائية) واحدة عن الحقوق والأخرى عن المسؤولية، والإثنتان على درجة كبيرة من الأهمية.

الدكتور أحمد رجائي الجندي: كل لجنة لها أن تضع التقرير بشأنها في خلال هذه الفترة، يوم الخميس اللجنتان ستجتمعان صباحا وكل لجنة ستناقش بحضور اللجنة الثانية طبعا وبالتالي أي تعديلات

ستدخل على التقارير الخاصة بشأن كل لجنة من هذه اللجان، إذاً سيعتبر هناك تمثيل لكل اللجان في الداخل مع بعض.

الشيخ عبدالأمير شمس الدين: هناك في الإسلام حقوق وواجبات؛ فالحق المتوجب على المكلف غير المتوجب للمكلف؛ فالمتوجب عليه هو يتعلق بالمسؤولية، والمتوجب له هو يتعلق بمسؤولية الغير بالنسبة إليه، يعني الحقوق المتوجبة للمرضى النفسيين.

الرئيس الدكتور حسين الجزائري: على أي حال أنا لا أعتقد أننا نستطيع أن نصل إلى حل واضح في هذا الموضوع وإلا سنضطر إلى عقد اجتماعات عامة لكل هذه المواضيع؛ والأمر حينئذ سيأخذ وقتاً أطول بكثير، فنحن من باب الوصول إلى حل عملي - وليس أساسا من الناحية الفلسفية - نستطيع أن نفرق أو نقسم إنما هو حل شبه عملي.

الدكتور مصطفى كامل: هو ما فهمته أن اللجنة الأولى خاصة بحقوق المريض في العلاج والحياة الاجتماعية عامة أما اللجنة الثانية فهي محتاجة إلى القضاء والحكم القضائي لكي تبقى الأمور واضحة.

الرئيس الدكتور حسين الجزائري: دكتور محمد الحبيب بن الخوجة تفضل.

الدكتور محمد الحبيب بن الخوجة: استمعت إلى فضيلة الشيخ يتحدث عن هذين النوعين بالنسبة للفكر الإسلامي أو الشريعة الإسلامية، أريد أن أضيف فقط يمكن أن المتحدث عنه بالنسبة للمرضى وبالنسبة لغير المرضى دائما هي (قضية الأهلية) وإذا نحن نظرنا إلى (الأهلية) وجدنا التقسيم للأهلية إلى أمرين:

١ - هي أهلية الوجوب وهي القسم الأول الذي أشرتم إليه.

٢ - وأهلية الأداء وهي القسم الثاني الذي وقع الإشارة إليه.

ولذلك فإن القضية المقصودة إنما عندما تجتمع كل لجنة من اللجان تحدد الجوانب المختلفة التي يمكن أن تدخل تحت القسم الأول، أو تحت القسم الثاني وشكرا.

الشيخ سيد محقق الداماد: أعتقد أن عنوان اللجنة الأولى محتاج لشيء من التفسير، يجب أن نشرح العنوان بدقة، فما هي حقوق المرضى النفسانيين؟ هل تعتقد أنه في اللجنة الأولى يجب أن نناقش مسؤوليات الدولة تجاه هؤلاء المرضى وما هي الأهلية القانونية وما هو عنوان الموضوع الذي ستتناوله اللجنة الأولى؟ وشكرا.

الدكتور أحمد محيط: سيدي الرئيس إن تشكيل لجنتين هو لتسهيل العمل، وإن المجموعة الأولى سوف تتناول الحقوق المدنية للمرضى النفسيين: حقوق الزواج، الطلاق. والمجموعة الثانية: ستعالج القضايا الخاصة بدخول المستشفى والخروج منها، حقوق الدولة والجانب الجنائي والمسؤوليات الجنائية. وشكرا.

الرئيس الدكتور حسين الجزائري: تفضل دكتور الحبيب.

الدكتور الحبيب بن الخوجة: لعله مما ييسر علينا عملية البحث في هذه القضايا المتعددة والمتشابكة - وقد قلتم: بأن هناك عدداً أو قائمة من الأسئلة - فإننا لو أخذنا هذه الأسئلة ووزعناها على اللجنتين وتركنا لكل لجنة أن تبحث في إمعان في هذه القائمة لتبرز الجوانب التي تتعلق بها، وكذلك تفعل اللجنة الأخرى، فإن كانت هناك قضايا مشتركة بين الاثنين يقع الاتصال. وشكرا.

الدكتور نصر فريد واصل: أنا أؤيده. فيعتبر إذا كتبت أنا تقريبا إجابات على هذه الأسئلة وفعلا تداخلت الإجابة بين الحقوق والواجبات وبهذا يبقى الجهد الذي نبذله متواصلاً؛ لأننا إذا قسمنا أنفسنا تقسيمة كاملة فلن ننتهي إلى نتيجة وبالتالي تجتمع اللجنتان

وتختلفان ثم نأتي إلى اجتماع آخر وهكذا، فهذا هو اقتراح في الحقيقة موفق ونأمل العمل به إن شاء الله.

الرئيس الدكتور حسين الجزائري: إن شاء الله نقوم بذلك، ولنأخذ بقية الأسماء.

من الآن إلى بدء الجلسات يمكن لمن لم يختر أن يختار فعلا، لا يوجد مشكلة، على كل حال إن شاء الله سنصل إلى العدد المعقول والتخصصات المختلفة التي تستطيع أن تظهر كل الجوانب وتوضيحها بشكل كاف ونرفع الجلسة الآن، وننبّه إلى أن: اللجنة الأولى ستجتمع في الديوان رقم ١٢، واللجنة الثانية ستجتمع في الديوان رقم ١٤، ونرجو من كل لجنة أن تقوم بانتخاب مقرر لها، على أن ترفع تقاريرها يوم الخميس صباحا كما ذكرنا لمناقشتها من قبل الاجتماع الموسع، وهذه الجلسات ستبدأ اليوم بعد انتهاء الجلسات العلمية، ويتولى الأخ المقرر - بعد أن يقرر - وسيكون من مسؤوليته عقد الجلسات وتوزيعها على الإخوان، وأيضا تسجيل ما يتم الاتفاق عليه بشكل واضح إن شاء الله، ترفع الجلسة الآن للصلاة ونعود في الساعة الثانية عشرة ونصف إن شاء الله.

د. أحمد محيط يلقي بحثه.

الوثيقة الأساسية
تشريعات الصحة النفسية
من منظور إقليمي

الدكتور أحمد محيط

المستشار الإقليمي للصحة النفسية
المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية
لإقليم شرق المتوسط

تشريعات الصحة النفسية من منظور إقليمي

الدكتور أحمد محيط

١ - الأهداف

١-١ تقديم تقرير عن الصحة النفسية والبرامج ذات الصلة في بلدان إقليم شرق المتوسط.

١-٢ تقديم نظرة سريعة على الوضع الراهن في قوانين الصحة النفسية بالإقليم - احتياجاتها الفعلية وحقائق الواقع فيها.

٢ - المقدمة

إن إقليم شرق المتوسط واحد من ستة أقاليم تغطيها منظمة الصحة العالمية، وهو يضم ثلاثة وعشرين بلداً تمتد من المغرب (مراكش) غرباً إلى باكستان شرقاً، ومع أن هذه البلدان وشعوبها تشترك في كثير من الأمور فإنها تتباين تماماً من جوانب ووجهات نظر أخرى.

ولقد شهد العديد من بلدان الإقليم في العقود الأخيرة تحسُّناً حقيقياً في الصحة العمومية والأوضاع الاجتماعية، كما أظهر الكثير من الأدلة العادية تحسُّناً مطرداً. ولكن لسوء الحظ كان هناك في ذات الوقت العديد من الأوضاع السيئة بل المأساوية أحياناً في بعض أنحاء الإقليم، وكان لها تأثير مباشر على الصحة النفسية والعمومية.

لقد بدأ وضع البرامج والتخطيط للصحة النفسية في الإقليم مباشرة بعد إعلان (ألما آتا) عام ١٩٧٨، وإعلان استراتيجية «الصحة للجميع بحلول عام ألفين». وخلال أوائل الثمانينات ومنتصفها وضع العديد من بلدان الإقليم وثائق وطنية للصحة النفسية كدلائل إرشادية لبرامجها، واحتوت كل هذه الوثائق تقريباً على أنشطة تعتمد على هدف «دمج الصحة النفسية في نظام الرعاية الصحية الأولية». وقد تم تنفيذ هذه البرامج في البلدان المختلفة بدرجات متباينة من حيث التغطية النوعية والكمية. ونتيجة لهذه التطورات يمكننا القول على سبيل التأكيد: إنه مع اختلاف الأوضاع من بلد لآخر، هناك الآن وعي عام بالحاجة إلى خدمات الصحة النفسية، كما تحسَّن اتجاه المهنيين بل وعامة الناس نحو الصحة النفسية والمرضى النفسيين تحسُّنا عاما.

ولكن ثمة مشكلة يشترك فيها معظم بلدان الإقليم، ألا وهي نقص الدعم القانوني للبرامج الوطنية للصحة النفسية، وللمرضى النفسيين، ولأسرهم والمجتمع المحلي بصفة عامة؛ فإما أنه لا يوجد تشريع يواجه هذه القضايا أصلاً، أو أنه قديم بال، أو أنه جديد ولكن لا يتناسب مع الأوضاع الراهنة في البلد من الناحية العملية. كما أن هناك قضية تناسب التشريع مع التقاليد القانونية المقبولة في الإقليم من ناحية، والتطورات العلمية في مجال الطب النفساني والصحة النفسية من الناحية الأخرى.

كل هذه العوامل مجتمعة ولَّدت الاهتمام بجوانب متباينة في تشريعات الصحة النفسية بالإقليم، ولقد حاول المكتب الإقليمي لشرق المتوسط في الماضي - وعياً منه بمثل هذه الاحتياجات - أن يتعاون مع بلدان الإقليم في صياغة تشريعاتها. ففي عام ١٩٧٨، عقد بالإسكندرية مؤتمر خاص لتشريعات الصحة النفسية ووضع توصيات لصياغة قوانين الصحة النفسية. ومنذ ذلك الحين، قام بعض بلدان

الإقليم، كتونس وقطر، بالموافقة على تشريعات كاملة للصحة النفسية، ويحاول البعض الآخر كباكستان، وجمهورية إيران الإسلامية، ومصر، صياغة تشريعات جديدة، ومازالت بلدان أخرى تعتمد على التشريعات القديمة، أو لديها أجزاء من قوانين تتصل بالصحة النفسية في تشريعات مختلفة دون وجود تشريع شامل خاص بالصحة النفسية.

وقد نظّم هذا المؤتمر للتوصل إلى دلائل إرشادية مشتركة للبلدان التي تهتم بصياغة تشريعات جديدة أو تحديث ما لديها من تشريعات، وهذا التجمُّع من المهنيين الممتازين وعلماء الإسلام المبجلين يعطينا الأمل أن تكون الوثيقة الصادرة عن هذا المؤتمر خير عون، ليس فقط للبلدان الإسلامية في الإقليم، وإنما لبلدان الأقاليم الأخرى أيضاً، كما نتعشَّم أن تخدم الوثيقة، المهتمين بالقانون المقارن من خلال توضيح وجهات نظر التشريع الإسلامي في هذا المجال.

٣ - الرؤية الإقليمية لمحتوى قانون الصحة النفسية

٣-١ القضايا الفردية للمرضى

٣-١-١ القضايا المتصلة بالمرض

- الحق في الحصول على الرعاية الطبية (الطب النفساني)؛
- الحق في قبول (أو رفض) المعالجة؛
- القضايا المتصلة بالالتزام بالمعالجة، أو الوقف عنها.

٣-١-٢ القضايا المتصلة بالحقوق القانونية وحدودها

- حق الملكية.
- حق الحرية المدنية.
- المسؤولية الجنائية.
- الأهلية للوقوف أمام المحاكم.

٣-٢ حقوق الأسرة.

٣-٣ حقوق المجتمع المحلي.

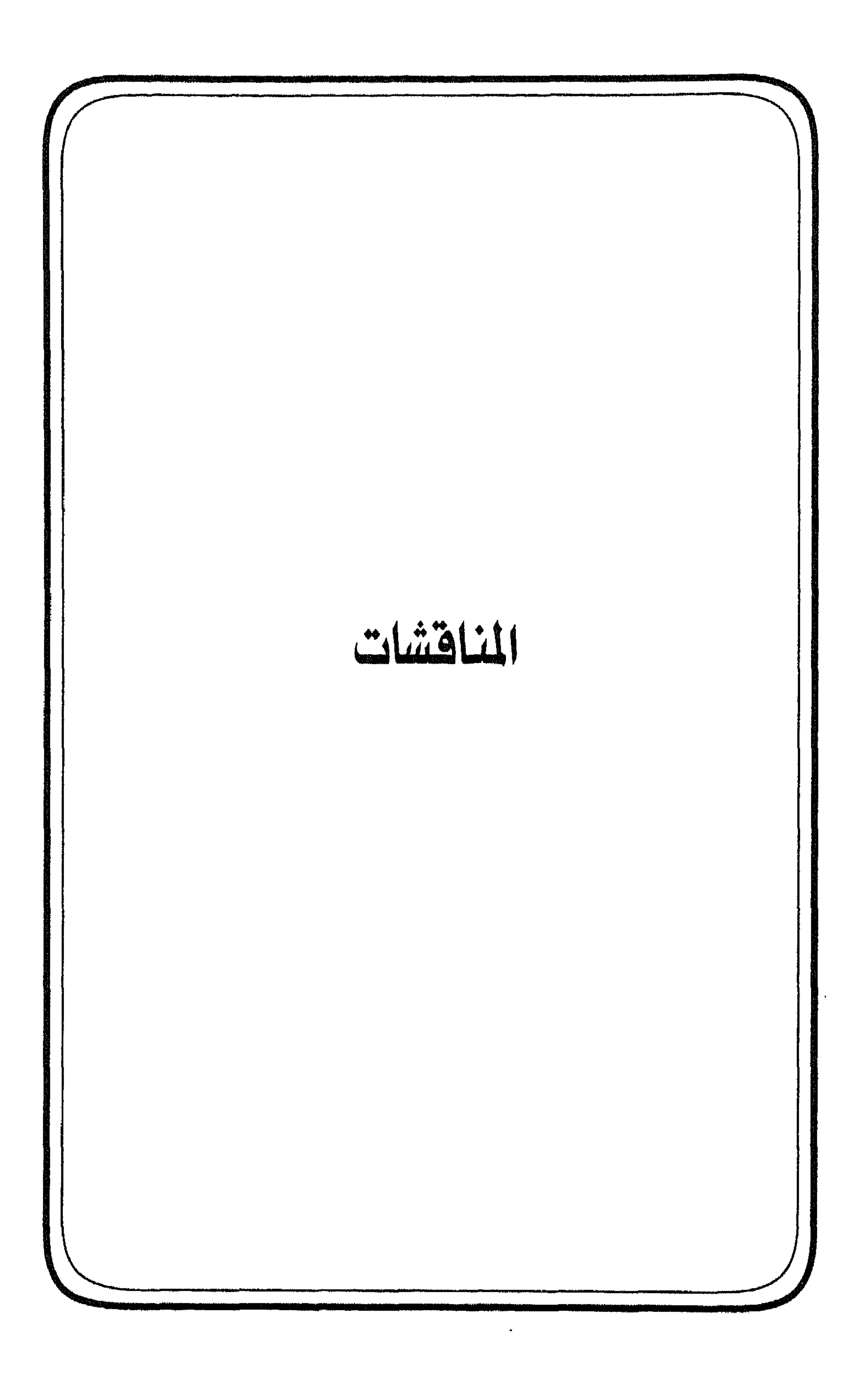
٣-٤-١ مسؤوليات وحقوق مهنة الطب (الطبيب النفساني).

٣-٤-٢ مسؤوليات المحاكم وحقوقها.

٣-٥ القضايا المتصلة بالارتقاء بالصحة النفسية والوقاية من المرض النفسي.

لقد طلبنا من علمائنا المبجَّلين أن يدرس كل منهم، واحدة أو أكثر من هذه القضايا تفصيلاً، ثم أرسلنا نتائج تلك الدراسات إلى السلطات الدينية لتقارن القضايا الفنية مع القوانين الإسلامية، وبعد ذلك ستقوم مجموعات مختلفة بالفحص الدقيق المتعمق للقضايا ثم يتم عرض النتائج في الجلسة العامة للاتفاق عليها.

إنّ ما نَوَدُّ لفت نظركم الكريم إليه هو أنه قد تحققت اكتشافات طبية جديدة، وحدث تقدُّم علمي فيما يتصل بالمرض النفسي من جانبيه الحيوي والنفسي الاجتماعي؛ فالمرضى الذين لم يتمكنوا من الحصول على المعالجة في الماضي، يمكنهم الحصول عليها الآن، والرجوع إلى المجتمع واستئناف جميع وظائفهم العادية؛ ومثل هذه التطورات تسمح ولا ريب بتفسيرات جديدة للتشريع الإلهي، كما تفتح الطريق لوضع القوانين لحماية المرضى النفسيين والمجتمعات المحلية في البلدان الإسلاميةو والمساعدة على انسجام هؤلاء المرضى في الحياة العادية للمجتمع.



المناقشات

الرئيس الدكتور حسين الجزائري: شكراً للدكتور أحمد محيط وأمامنا ١٥ دقيقة للمناقشة.

الدكتور مالك البدري: أعتقد أن قضية حقوق الإنسان مسألة حساسة، ومن الواضح أن المتحدثين قد انتهجوا أسلوب التفكير الغربي فإنّه في بعض الثقافات قد يهبّ بعض الناس لعلاج المريض حتى دون موافقته الاختيارية. وهذا ما ينتظره المجتمع منهم. الدكتور برتلوت في مجال إساءة استخدام المواد فإنه لا توجد أي خلافات بين هؤلاء الذين يذهبون طوعا للعلاج وبين الذين يؤخذون قصراً للعلاج، وهناك حالات أرغمنا فيها الشخص على العلاج وقد شعر المريض لنا بالامتنان وشكرا.

الدكتور مالك مبشر: لدي بضع نقاط، هناك مسألة يجب أن نناقشها فإننا عندما نتكلم عن الحريات المدنية فإنني أعتقد أن مسألة الأهلية هي المسألة المهمة لأن مسألة السلوك هي التي ستحدد المسألة الهامة.

النقطة الثانية هي أنه من الأهمية بمكان أنه عندما يكون هناك تشريعات نفسية تتفق مع القوانين لا بد أن تكون هناك آلية في التشريع من أجل تقييم هذه المؤسسات، ومن الذي سيقوم بذلك.

النقطة الثالثة تتعلق بمكون هام في التشريع النفسي، من الذي سيقوم برصد عدم إساءة استخدام هذا العمل من الناحية السياسية. هل سيكون ذلك منوطاً بالأساتذة أم بالحكومة؟

النقطة الأخيرة لقد تأثرت بالغ التأثر بما ذكره الدكتور محيط حينما قال: إنّ القانون هو للناس وليس العكس. ولكن في البلدان النامية ما إن يسن القوانين حتى تقوم السلطات باستخدام هذا القانون ضد الناس. وشكراً.

الدكتور جلال توفيق: لقد استمعت مرتين للدكتور محيط وهو يتحدث عن حماية المجتمع من المرضى النفسيين ولكن ما نتحدث عنه هنا هو أننا نحمي المجتمع من السلوك المنحرف لهؤلاء المرضى، وهذه مسؤولية تقع على عاتق المجتمع وتدعوه للتدخل؛ فبعض المرضى النفسيين قد يلجأون إلى سلوك شاذ وسوف نتحدث عن هذا الأمر في اجتماعنا وشكرا.

الدكتور أسامة الراضي: أود أن أؤكد على أن المريض النفسي لا بد أن يقبل كإنسان عادي ولا بد أن نفتح الباب أمامه لكي يذهب لأي مكان يريد: إلى العيادة إلى المستشفى، وبعد ذلك إذا كان يحتاج إلى رعاية متخصصة فإن على الطبيب النفسي أن يقرّر ذلك، ومن ثم ينبغي ألّا يفرض أي قيد على المريض ما لم يعرضه على لجنة، وهذه اللجنة أقترح أن تضم اثنين من الإخصائيين النفسيين وأحد القضاة الذي لديه معرفة بالطب النفسي، ولقد عملت في مجال الصحة النفسية على مدار خمسين عاما؛ ولكي ينشأ هذا النظام الذي يساعد على العلاج المبكر فإن لم يأت المريض إلى العيادة مبكرا فإن العلاج سيتأخر والمريض يجب أن يعامل كإنسان عادي، وأعتقد أننا يجب ألّا نعقد الأمور وأن نهتم بالمرضى الذين يحتاجون إلى رعاية خاصة والسيطرة عليهم؛ فاللجنة المشكّلة هي التي تقرر ذلك، وفي كل مستشفى عام أو خاص ينبغي أن تكون مثل هذه اللجنة موجودة. أما إذا لم نعامل المريض النفسي كإنسان عادي فإن أي قانون سيكون موجهاً ضده.

الدكتور أحمد الأنصاري: سؤالي موجه للدكتور أحمد محيط، كثير من الزملاء هنا ليس لديهم قانون الصحة النفسية، وخبرتنا وزملائي في معالجة الأمر يعتقدون أن الأمور تسير على ما يرام خلال الأربعين عاما الماضية، فلماذا نعقّد الأمور - كما ذكر الدكتور أسامة - وحيث

إن الأمور تسير على ما يرام فإنه يُعتقد أن وضع مثل هذا القانون للصحة النفسية سوف يسبب المشكلات. وشكرا.

الرئيس الدكتور حسين الجزائري: أطلب من الدكتور برتلوت أن يرد على هذه التعليقات ثم يليه الدكتور أحمد محيط.

الدكتور برتلوت: شكراً سيدي الرئيس في واقع الأمر، إنني لا أتحدث عن حقوق الإنسان من مفهوم غربي بالرغم من أن هذا المفهوم نشأ في فرنسا، ولكنني هنا أتحدث باسم الأمم المتحدة وهي لديها إعلان لحقوق الإنسان وقعته كل الدول الأعضاء، وانطلاقا من هذا الميثاق فإنني أتكلم عن كل هذه الحقوق المدنية والثقافية والاجتماعية والسياسية؛ صحيح إن أصل الوثيقة ترجع إلى عام ١٧٩٨م في فرنسا عندما كان هناك تغييرات سياسية، وفي عام ١٩٤٨م اعتمدت كوثيقة أساسية في الأمم المتحدة وهذا ما أتحدث عنه، فهذا الميثاق عندما يحدد النقاط الأساسية يأخذ الاختلافات الثقافية بعين الاعتبار، وعندما تحدث الزميل الذي من الكويت «بأننا سعداء بالوضع القائم هنا» ربما في هذه الأمور الحساسة، وأنا كطبيب نفسي أعلم أن ممارستنا قد تحددت لتحقيق المصالح، ونحن لا نتحدث عمّا هو أصلح للأطباء النفسيين ولكننا نتحدث عن الأصلح للمرضى، فعندما نسأل المرضى سنسمع ردوداً مختلفة، والدكتور محيط قد ذكر وأكد على أن معظم المرضى النفسيين يعانون من أمراض طفيفة، وأن ٤٥٪ من السكان لديهم شكل من أشكال الخلل النفسي؛ أي أن حوالي نصف سكان العالم لديهم شكل من أشكال الخلل النفسي، ولكن هناك واحد من كل مائة ألف هو الذي ينتهي به الأمر إلى دخول مستشفى الأمراض العقلية، فنحن عندما نتحدث عن حقوق الإنسان فإننا نحاول أن نضع قانونا للصحة النفسية على أساس الخبرة التي اكتسبناها من ألف مريض، وإنني لا أريد أن أدافع عن أي شخص فإن لدينا الاضطرابات

النفسية وبالرغم من وجود اضطراباتنا النفسية الطفيفة إلا أننا نستطيع أن نعمل بصورة جيدة. لذلك فلكي نحمي الناس من الاضطرابات النفسية لابد من أن نعرف عمن نتحدث وأن نفكر فيما هو صالح أو غير صالح ولمن. وعندما ذكرت أولئك الذين يمثلون المجتمع فإنني قلت: إننا يجب أن نسأل كل شرائح المجتمع وأن نخرج برأي متوازن وهذا يختلف من مكان إلى آخر وشكرا.

الرئيس الدكتور حسين الجزائري: شكراً للدكتور برتلوت والكلمة الآن للدكتور أحمد محيط تفضل.

الدكتور أحمد محيط: شكراً سيدي الرئيس. بالنسبة للنقاط الثلاثة التي ورد ذكرها على لسان الدكتور مبشر فإنني أتفق معه. فالآليات المتخذة في التنفيذ والرصد يجب أن تناقش. أما ما ذكره الدكتور الأنصاري فإننا كأطباء نفسيين سريريين سنكون أكثر عناية لو كان هناك قانون يحكم ممارسة الأطباء النفسيين؛ وأعطي بعض الأمثلة: لنفرض أن أسرة ذات نفوذ لديها مريض وأن هذا المريض قد عرضوه على المحكمة وأنه ليس هناك قانون. فمن الذي يحمي الطبيب النفسي حينئذ؟! أن يكون هناك قانون أو ألّا يكون هناك قانون؟ إنني على علم بوجهة النظر التي عرضتموها ولكننا سنكون أكثر حماية في وجود قانون وشكرا.

الرئيس الدكتور حسين الجزائري: أعتقد بأن موضوع ضرورة وجود قانون ينظم العمل سيفيد ليس فقط الأطباء بل المرضى والأطباء وطريقة التعامل، لأننا نحن كأطباء بشكل عام، فهناك لجان متخصصة في المستشفيات تعنى بطريقة العمل وهل هي طريقة جيدة مقبولة عالميا حسب الأنظمة المعتادة هذه تفيد المريض، حيث نتقيد بالأنظمة وتفيد

أيضا الطبيب حتى يعرف المريض أن الطبيب فعلا متقيد بهذه الأنظمة فلا يفكر في رفع قضايا، وما إلى ذلك من إشكالات.

نحن نعرف أن الولايات المتحدة الأمريكية كل إنسان تجرى له عملية ربما إذا طال عدد أيام البقاء في المستشفى مدة يومين أو ثلاثة يعرض عليه الإخوة المحامون أن يرفعوا له قضية ضد المستشفى وضد الطبيب، وبطبيعة الحال فهذه أمور سهلة لأن التأمين الصحي هو الذي يدفع، المستشفى يزيد من التكاليف ويرفع الكلفة على المريض وتنتهي المسألة بأن المرضى هم الذين يدفعون في الآخر، فلا بد أن يكون هناك توازن، وهذا التوازن مطلوب ولعلنا نستطيع أن نعمل ليس قانوناً ولكن خطوطاً عامة استرشادية ويمكن لمن يضع قانوناً أن يأخذ النقاط المهمة في الحسبان عند وضع القانون، حتى يكون القانون فعلا يفي بما ذكر بأن القانون لخدمة الناس، وليس الناس لخدمة القانون، التعريف الأبسط الذي سمعته عمّا هي الدولة النامية، وما هي الدولة المتقدمة؟ الدولة المتقدمة الحكومة تخدم الشعب، والدولة النامية الشعب يخدم الحكومة، وشكراً. الدكتور عبدالرحمن العوضي تفضل.

الدكتور عبدالرحمن العوضي: أعتقد أن هناك نقطة مهمة جدا، قضية التفرقة ما بين حق الفرد وحق المجتمع، وأعتقد أنّ هذه ليست من القضايا المهمة فقط في قضايا الطب النفسي، بل أتذكر في موضوع الإيدز، أنه في قضية الإيدز إحدى القضايا الرئيسية التي أثارت هذه النقطة بالذات، [حق الفرد، وحق المجتمع] طبعا نحن في الإسلام، نرى أن حق المجتمع أكثر بكثير من حق الفرد ولا نسير في تلك الحدود التي تنادي بها المفاهيم الغربية. فأنا أرجو من القانونيين أن يعطوا هذا الموضوع اهتمامهم في الاجتماع، وهذا سيكون فعلا نقطة فاصلة ما بين التفكيرين، يعني حق الفرد، وحق المجتمع، وأعتقد أن هذا هو الذي نختلف فيه ونتذكر نقطة الحوار الطويل مع مجموعة في

موضوع الإيدز وخاصة القوانين التي ظهرت، لأنه لا نعرف الخط الفاصل الذي نعتقد نحن في الإسلام أنه فصل بكل وضوح، ونرجو أن يظهر إن شاء الله في مناقشاتنا التي نناقشها في الحقوق وشكرا.

الرئيس الدكتور حسين الجزائري: شكراً للدكتور عبدالرحمن العوضي، أرجو أن نستطيع في نهاية هذا اللقاء أن نوضح الفروق الأساسية بين الحضارة الإسلامية والحضارة الموجودة حاليا، وهي الحضارة الغربية بشكل عام، نحن نتكلم مثلا عن الحضارة الغربية وما يقال عن بدء حقوق الإنسان لعام ١٧٠٠م أيام الثورة الفرنسية، حقوق الإنسان موجودة في الحضارة الإسلامية بشكل واضح أكثر مما تقدم به حقوق الإنسان الخاص بالأمم المتحدة التي ظهرت قبل سنوات قليلة، فما هو موجود في الحضارة الإسلامية أوسع بكثير من آخر طور من التطورات، ولكن أيضا هناك التوازن بين حق المجتمع وحق الفرد، ولا ننسى بأن حق المجتمع الذي قرره أيضا هو حق الأفراد، فالأفراد هم أنفسهم في الحضارة الإسلامية الذين تنازلوا عن بعض الحقوق لصالح الجميع فلا بد من إظهار هذا، وأرجو إن شاء الله قبل نهاية هذا المؤتمر أن تكون هذه الأمور واضحة وأن تكون المقارنة مقارنة صحيحة وواضحة للجميع، نلتقي إن شاء الله بعد الغداء في الساعة الثالثة والنصف، وسنبدأ الساعة الثالثة والنصف بالضبط، ونرجو من الإخوة الكرام أن يكونوا هنا قبلها بدقيقة. شكرا لكم.

الدكتور أحمد محيط: إننا لم نجر انتخابا للمسؤولين ولكننا نحتاج إلى فريق من المقررين، الأمر الذي سيساعد السكرتارية على أن تجمع الأمور. فإن كان هناك متطوعون أرجو أن يعلنوا أسماءهم.

الرئيس الدكتور حسين الجزائري: لقد قلت إن اللجان سيكون بها مقرران وأما في الجلسات العامة فهناك مقرر الجلسة. شكرا.

الدكتور بوتيراس يلقي بحثه.

نظرة إلى التشريعات الحالية في العالـم

الدكتور سيلفيان بيطرس

القوانين المختلفة ذات التأثير

- القانون المدني.
- القانون العرفي.
- القانون الإسلامي.
- القانون الاشتراكي.
- قوانين أخرى.

تقاليد القانون المدني:

- استمرار للقانون الروماني.
- ظهر أولاً من فرنسا وألمانيا في بدايات القرن التاسع عشر.
- تصنيف المبادئ المعتادة وصوغها في قوانين.
- التجريد.

تقاليد القانون العرفي:

- ظهر في المملكة المتحدة.
- وضح عليه تأثير الولايات المتحدة الأمريكية.
- قام القضاء بوضع القانون.
- صدور قوانين خاصة من البرلمان.
- مفصل ومحدد.

القانون الإيطالي الخاص بالفحص الطبي والعلاج الاختياري أو الإجباري سنة ١٩٧٨ :

- علاقة بارزة في إصلاح اختصاصات القانوني المدني.
- يختص فقط بالفحص والعلاج.
- مختصر (١١ مادة).
- اختلاف طريقة التنفيذ من منطقة لأخرى.

خصائص القانون الإيطالي الخاص بالفحص الطبي والعلاج الاختياري أو الإجباري سنة ١٩٧٨ :

- الإجراء الإجباري الوحيد فيه هو العلاج المعتمد على الجماعة (وليس دخول المستشفى).
- خطر بناء مستشفيات نفسية جديدة.
- صانع القرار هو العمدة بوصفه ممثلا للسلطات الصحية على أن يتم تأكيد قراره من قِبل قاض خلال ٤٨ ساعة.

القوانين البريطانية الخاصة بالصحة النفسية ١٩٨٣، ٩١، ٩٥:

كلها تعتمد على تشريعات القانون العرفي مفصل (١٤٩ قسما).

إجراءات متدرجة خاصة بالعلاج الإجباري.

يعرف الاضطراب على أنه المرض العقلي أو نقص أو محدودية نمو العقل أو المرض النفسي أو أي اضطراب عجز يصيب العقل.

أحكام قوانين الصحة العقلية (خمسة أمثلة)

١ - الاندماج في المجتمع (من خلال العلاج المعتمد على الجماعة) (المملكة المتحدة ١٩٨٣).

٢ - تدابير تدعيمية proactive (كندا كوبك ١٩٧٨).

٣ - أسباب العلاج الإجباري أو إدخال المريض المستشفى إجباريا (تونس ١٩٩٢).

٤ - إجراءات مراجعة الحالة (مويشوشي) (مسودة منظمة الصحة العالمية ١٩٩٧).

٥ - المسؤولية الجنائية (كندا ١٩٩١م).

المثال الأول:

الاندماج في المجتمع (الرعاية المعتمدة على الجماعة).

المملكة المتحدة (انجلترا وويلز)

«يقع على عاتق السلطات الصحية المحلية سلطات الخدمة الاجتماعية أو تقدم بالتعاون مع المنظمات التطوعية الخيرية خدمات ما بعد العلاج للأشخاص الذين يغادرون المصحات النفسية إلى أن يصيروا في غير حاجة إلى مثل هذه الخدمات».

(قانون الصحة العقلية ١٩٨٣ القسم ١١٧ (٢أ)

المثال الثاني:

الإجراءات التدعيمية (كندا - كوبك)

«تقوم الهيئة الخاصة بالمعوقين بتنسيق الخدمات المقدمة للمعوقين

وتقدم لهم المعلومات والنصائح وتدعم اهتماماتهم ومصالحهم كما تدعم اندماجهم التعليمي والمهني والاجتماعي».

(القانون ممارسة المعوقين لحقوقهم ١٩٧٨ القسم (٥أ).

المثال الثالث:

العلاج الإجباري، الحجز الإجباري أسباب! تونس

لا يجوز حجز المصاب باضطراب عقلي إجباريا في مستشفى بدون موافقته إلا في الحالات الآتية:

١ - إذا كان الاضطراب العقلي الذي يعاني منه يجعله غير قادر على إصدار الموافقة.

٢ - إذا كانت حالته الصحية تستدعي الرعاية العاجلة.

٣ - إذا كانت حالته الصحية تمثل خطراً على أمانة الشخص أو على أمان الآخرين.

(القانون رقم ٩٢ - ٨٣ الصادر ٣/٨/٩٢ بشأن الصحة العقلية وإيداع المرضى مستشفيات الصحة النفسية إعادة (١١)

المثال الرابع:

إجراءات مراجعة ونظر الحالة بعد دخول المستشفى موريشوس (مسودة منظمة الصحة العالمي)

تنظر اللجنة (الخاصة بمنشآت الصحة النفسية) فيما إذا كان ينبغي إبقاء الشخص رغما عنه. وكذلك في ظروف معيشة المرضى:

١ - في أول اجتماع لها بعد إدخال شخص المستشفى رغما عنه (خلال خمسة عشر يوما).

ب - وفي خلال تسعين يوما التالية مرة كل ١٥ يوما.

ج - بمرور التسعين يوما الأولى وحتى ثلاث سنوات تنظر اللجنة في أمر النزيل مرة كل ١٢٠ يوما.

د - بعد ذلك مرة كل سنة.

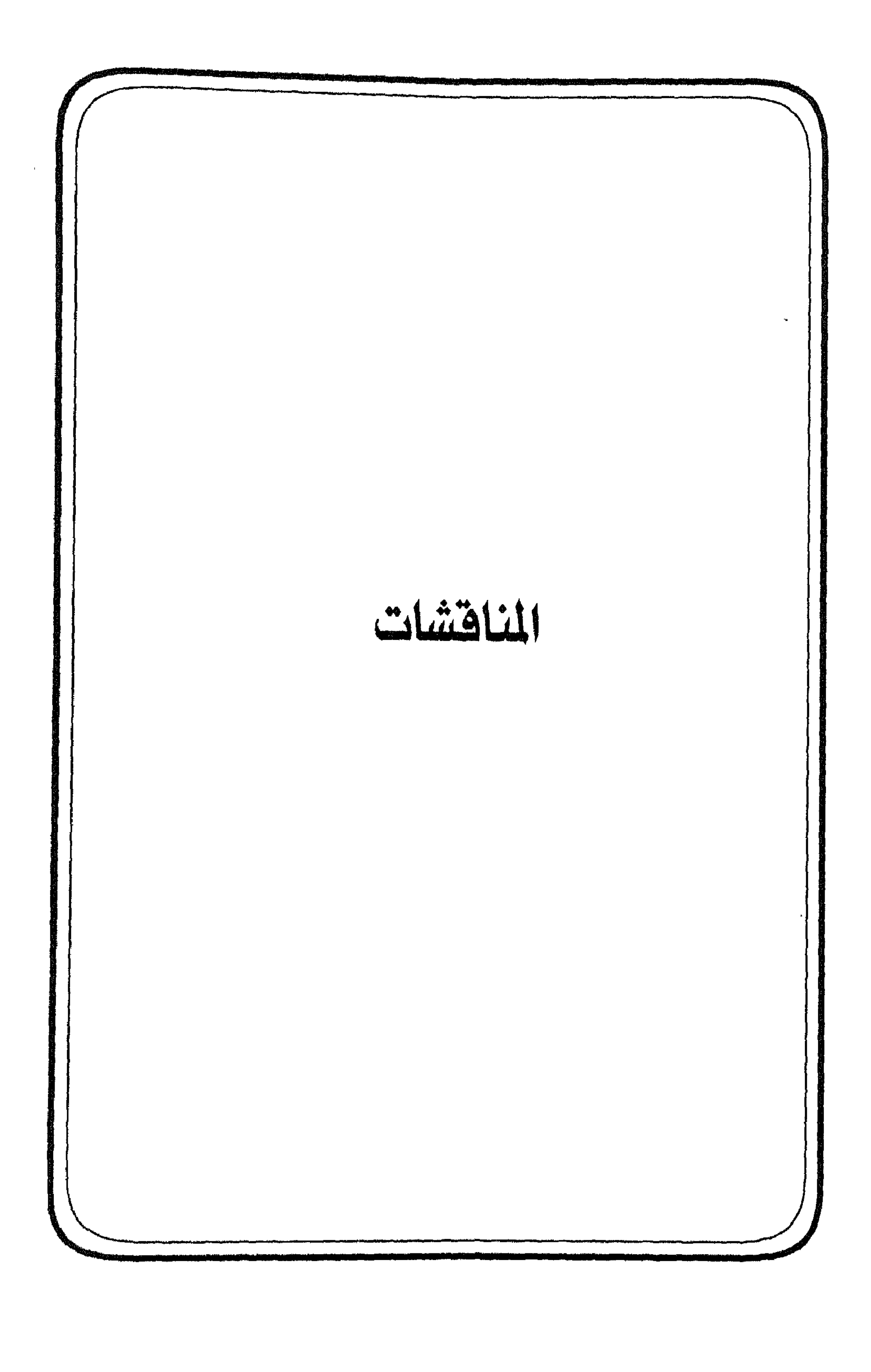
(قانون رعاية الصحة العقلية - مسودة منظمة الصحة العالمية ١٩٩٧ قسم ١٧ «١»)

المثال الخامس:

المسئولية الجنائية (كندا)

«لا يكون الشخص مسئولا جنائيا عن أي فعل، أو ترك فعل إذا كان يعاني من اضطراب عقلي يمنعه من فهم طبيعة ونوعية هذا الفعل أو الترك، أو أن هذا شيء خطأ».

(القانون الجنائي قسم ١٦ «١»)



المناقشات

المناقشات

الرئيس الدكتور حسين الجزائري: شكرا جزيلا للدكتور بوتيراس وأعتقد أنني كمحترف في مجال الطب أكثر من كوني عالما بالجوانب القانونية فإنني أستطيع أن أبسّط الأمور حتى نسمح لغير المتخصصين في المجالات القانونية أن يفهموا؛ ولذلك آمل أن يكون الجميع قد خرجوا بنفس الشعور وأن تكون الأمور أبسط كثيراً. أمامنا وقت للمناقشة حتى الخامسة والنصف مساء وبعدها ستبدأ اجتماعات اللجان في ديواني ١٢ و ١٤ وباب النقاش مفتوح الآن.

الدكتور لطفي الشربيني: الواقع أن حديث الدكتور [بايتروس] أثار كثيرا من المشكلات والاعتبارات التي ينبغي النظر إليها عندما نفكر في قانون أو تشريع جديد للطب النفسي، في البداية ينبغي أن نركز على بعض المجالات وهي مجالات العبارات والتعريفات؛ لأن هناك بعض التعريفات التي يُساء فهمها، وعلى سبيل المثال كلمة (مجنون) باللغة العربية فهذه الكلمة تستعمل على نطاق واسع من جانب الناس العاديين لكن القانون أيضا يستخدم هذه العبارة، ففي بعض القوانين التي تطبق في بعض البلدان الآن يصفون المريض النفسي باعتباره مجنوناً أو فاقد الشعور، وهذه الألفاظ لا معنى لها في الطب النفسي ولا دلالة لها، ومن ثمَّ فإن هذا المجال ينبغي أن يُناقش بالتفصيل بالتعاون بين رجال القانون ورجال الطب النفسي حتى يمكن الوصول إلى بعد أو مفهوم موحد بشأن هذه العبارات، هذا هو المجال الأول الذي ينبغي أن نناقشه ونتوصل إلى لغة مشتركة بين رجال الدين الذين يصفون المريض النفسي باعتباره

مجنوناً أو فاقد الشعور وبين القانون الذي يستخدم عبارات معينة للمرضى النفسيين وبين الأطباء النفسيين الذين يضعون عبارات أخرى. وشكرا.

الرئيس الدكتور حسين الجزائري: شكراً، أعتقد أن هناك مشكلة ليس على المجنون حرج، هذه حاجة رسمية ولا بد أن نعرّف ما هو المجنون، لأن المجنون كلمة تعني أن ليس عليه حرج، يعني خارج المسؤولية، فلا بد من الاحتفاظ بهذه الكلمة ولكن ليس باستعمالها بالشكل الذي سمعنا ٤٥٪ من المجتمع عندهم حاجة، أصلا إذا كانت ٤٥٪ معناها أنه من الصعب أن نقول: من هو الشخص السليم وأنه ليس واحداً من خمسة وأربعين؟! فالموضوع لا بد من تحديد معنى كلمة مجنون، تفضل دكتور أسامة الراضي.

الدكتور أسامة الراضي: الحقيقة كلمة مجنون لها مفهوم Mental مجنون كلمة عامة بمعنى Mental disease لكن هذا التحديد يترك لعلماء علم النفس، من أجل ذلك أنا كنت شرحت بالنسبة للجنة الطبية الشرعية التي تحدّد ذلك تُكوّن من استشاريين طب نفسي شرعي معناها أن يعرفا في طب النفس ويعرفا أيضا في القانون. ثم قاضٍ هناك يعرف في القانون، ويعرف بصفة عامة في الطب النفسي، وبدون هذين لا يمكن أن يحدد أو يصل إلى نتيجة، وشكرا.

الرئيس الدكتور حسين الجزائري: تفضل دكتور مالك.

الدكتور مالك البدري: حقيقة كلمة مجنون جاءت من كلمة جن، أي اختفى، هناك ناس يظنون أنها من الجن. الحقيقة هي ليست من كلمة جن بمعنى عفريت أو جن، فجن الليل، أي أظلم الليل، وإذا الإنسان فقد قدرته على الإدراك والتفكير السليم فيصبح مجنوناً بمعنى أنه أظلم هذا الجزء من قدراته، وليس فيه هذا المعنى الذي ذكره الدكتور مصطفى في كلامه، النقطة المهمة هي أن المتحدث الآن قال

نقطة هامة جدا: «يجب أن نستخدم المصطلحات التي يفهمها الناس» فإذا غيرناها فالناس لن يفهموا الكلام فالأحسن أن نستخدم كلمة مجنون بالاصطلاح السليم (مريض نفسي) أو (مضطرب نفسياً) نستخدم أشياء يفهمونها، والقوانين تكون أيضا سهلة تفهم وشكرا جزيلا.

الرئيس الدكتور حسين الجزائري: تفضل دكتور زرابي.

الدكتور اسلان زرابي: أود أن أقترح في البداية أنه ما أن يقرر الطبيب النفسي قراراً فإن هذا القرار لا يكون متعلقا بك وبالعاملين معك - فقط - وإنما لا بد أن يكون القرار موجها إلى المجتمع أيضا، فأحد الأمور الذي ينبغي أن نفكر فيها في بلد ما: هي مسألة أنه إذا كان هناك نوع من الاضطراب فما هو الضمان؟ كما نجد في بلد حيث يُعطى الطبيب النفسي مزيدا من السلطة وهذه مشكلة، هناك أيضا العاملون الاجتماعيون وهذه مشكلة لأن الأثر الذي يترتب على القرار الصادر بحق المريض سوف يؤدي إلى تأثير على حريته، فهل نعطي هذا الحق للقاضي الذي يمكنه أن يكون في وضع أفضل بدلًا من إعطائه لطبيب نفسي قد يكون مجرد طبيب بسيط في المناطق النائية، وقد لا يكون له تدريب متخصص، وكيف لنا أن نتأكد أن ذلك إذا أعطي للجانب الطبي أن يكون ذلك مأمونا؟ وإذا كان هناك إساءة لاستخدام هذا الحق فما هو الإجراء الذي يمكن اتخاذه للتقليل من هذا الخطر؟

الدكتور مالك مبشر: أهنئ الدكتور بطرس على هذا العرض الممتاز، وإذا أخذنا هذه الخطوط الإرشادية بعين الاعتبار فإن أي بلد سوف يستطيع أن يضع قانونا ويكون واضحا، إننا نتحدث عن مجالات وربما أمكننا أن نستخدم عبارات مثل: التعويض، وهذه مسألة ينبغي أن يتضمنها بحيث يكون هناك مجال خاص يحول دون إساءة استخدام العلاج للمريض النفسي، واقتراحي أننا نأخذ بعين الاعتبار العلاج الخاص، ونتعرض لجانب الوقاية، ولا بد لنا أن نعطي أهمية لهذه

الجوانب ولا بد لنا أن نوضح للناس ما الذي نريده من وجهة النظر القانونية. أود أن نحصل على الأسئلة كلها ثم بعد ذلك نستمع إلى الإجابات وشكرا.

الشيخ عبدالأمير شمس الدين: القول بأن رجال الدين يصفون المريض نفسيا بالمجنون هذا ليس على نحو الإطلاق بطبيعة الحال، من وجهة نظر الدين [المريض نفسيا] خاضع لمقياس ديني وفقهي اسمه (الرشد) أو (كمال الرشد) فبمقدار ما يكون هذا المريض نفسيا قريبا أو بعيدا عن هذا المقياس يكون مريضا فقط، ولا يكون مجنونا أبدا، ويعامل بالمستوى الذي يكون هو فيه مريضا، ولا يعامل معاملة المجنون، أو أنه ينبذ من المجتمع، أو أنه يحجر عليه، أو أنه كذا فكمال الرشد هو المقياس الحقيقي والأساس في المصطلح الديني. وشكرا.

الرئيس الدكتور حسين الجزائري: من الواضح لنا أنه لا بد أن يكون عندنا تعاريف سواء من الناحية الدينية أو من الناحية الطبية أو من الناحية القانونية، ولا بد أن نعرف هذه التعاريف حتى إذا أدخلت هذه التعاريف في المستقبل في القوانين أو الأنظمة التي تصدر تكون تعني بالضبط الشيء، وليس ما يعتقد بأنه خوفا من إساءة الاستعمال أو إساءة الاستخدام، دكتور مصطفى كامل تفضل.

الدكتور مصطفى كامل: لدي اقتراحان فيما يتعلق بكلمة السيد بوتيرس: الاقتراح الأول: لقد ذكر السيد بوتيرس في معرض تصنيفه كلمة (managment) وهي في الطب تحمل معنى آخر هو «تناول». وإنني أعتقد أنه يقصد (administration) «إدارة» أو implementation «تطبيق» وأنا أتفق معه تماماً أن هذه الكلمة يجب تغييرها، إذْ لا نعرف «من الذي سيقوم بالتعامل مع مشكلة المرضى النفسيين».

الاقتراح الثاني: لقد ذكر السيد بوتيرس شيئا عن المفردات والمصطلحات اللغوية الخاصة بأشياء معينة مثل: لغة بسيطة، لغة

منقحة، لغة مقبولة من الناحية الاجتماعية، ولكنني أعتقد أننا في بلداننا الإسلامية نحتاج إلى توحيد اللغة وشكرا.

الرئيس الدكتور حسين الجزائري: الدكتور عبدالستار أبو غدة تفضل.

الدكتور عبدالستار أبو غدة: بسم الله الرحمن الرحيم. بالنسبة لهذه المصطلحات التي تستخدم في المعاقين عقليا أو نفسيا، الفقه الإسلامي، والعلماء المسلمون أعطوا ذلك درجة كبيرة من الدقة، فقد وضعوا هذه المصطلحات بعناية وربطوها أولا بالمعاني اللغوية بما هو موجود في اللغة العربية، وربطوها أيضا بالنصوص الشرعية، فنحن نجد في القرآن الكريم وفي السنة النبوية استعمالات لتسميات مثل المجنون والسفيه، ﴿**ولا تؤتوا السفهاء أموالكم**﴾ وقد وصف بعض الأنبياء بأنه مجنون وهذا طبعا من باب طغيان الكفرة؛ أيضا الفقهاء قسموا هذه إلى درجات، فهناك المجنون، وهناك المعتوه، وهناك ذو الغفلة، وهذه كلها فيها دقة متناهية، فكلمة مجنون ليست مأخوذة من الظلمة وإنما هي مأخوذة من الستر، حتى الليل مما يسمى (جَنّ الليل) يعني ستر ما تحته، وبما أن عقل وإدراك هذا الإنسان قد ستر وحجب سمي بهذه التسمية، كذلك المعتوه أخذ من اللغة العربية، فَيُقال: عته الرجل، أي أصبحت تصرفاته غير سوية، وأيضا كلمة (سفيه) الآن نستخدمها في الاستخدام العرفي كسبّ وشتم، ولكن هي في الفقه ليست لهذا المعنى، فالسفيه هو الذي يتصرف تصرفات مالية غير متزنة، حتى لو كان رجلاً صالحاً ويُبدِّد أمواله في أمور مباحة قد يوصف بالسفه، بمعنى عدم الرشد - كما قال فضيلة الشيخ - إذن ليس هناك ارتباط بين الاستخدامات العرفية التي قد تسيء إلى هذه المصطلحات وبين ما قرره العلماء استنادا إلى عنصرين متينين أصيلين وهما: اللغة العربية، والنصوص الشرعية.

أيضا النقطة الثانية: هذه الإعاقات محكومة أيضا بالقضاء حكما شديدا، فهناك نظام الحجر في الفقه الإسلامي لا يتقرر إلا عن طريق القضاء، أما رفعه فهناك خلاف بين الفقهاء، فمنهم من يقولون: إذا رجع إلى حالة الرشد وثبت هذا لا يحتاج إلى رفع لأنه هو الأصل، وبعضهم يقولون أيضا: رفع الحجر يحتاج إلى القضاء، إذاً هناك مدخل كبير لرقابة القضاء حتى لا يُفْتأت على إرادات الناس وصلاحياتهم وحقوقهم؛ فنحن نعلم أن كثيرا من الناس - أحيانا الأبناء - يصفون بعض مورثيهم أو آبائهم بالجنون لكي يتصرفوا في أموالهم، بل أكثر من ذلك في السياسة كثير من التصفيات التي تحجب بعض الناس من مراكز بمثل هذا الوصف، فالقضاء له دور كبير في تصفية هذه الدعاوى التي لا بد لها من بينات وبدونها لا تصبح لتلك الدعاوي قيمة تذكر وشكرا.

الرئيس الدكتور حسين الجزائري: شكراً على كل حال، أعتقد أن عندنا والحمد لله من علماء اللغة ومن علماء الطب وعلماء الدين ما نستطيع معه أن نحدد بالدقة المطلوبة كل هذه التعريفات وسيستفيد السيد بوتيرس من هذا الموضوع بلا شك.

الرئيس الدكتور حسين الجزائري: الشيخ الحبيب تفضل.

الشيخ الحبيب بن الخوجة: بسم الله الرحمن الرحيم. أنا أشكر الأستاذ الذي قام بعرض هذه الدراسة علينا، وهي كما لاحظنا جميعنا تناولت عناصر وقضايا مختلفة لها أهميتها، وقد استوقفني في حديثه الإشارة إلى الجانب اللغوي، والتي تحدث عنها حديثا لا أقول مفصلا، ولكنه تناول الاستعمال الاصطلاحي، أو المصطلحات في اللغات المختلفة، هنا أنا قبل كل شيء أريد أن أثني على ما قاله الدكتور عبدالستار أبو غدة، ولكني أريد أن أشير إلى حالة نفسية وقعت لي

شخصيا عندما وصلتني الأوراق وجدتني أمام كثير من الألفاظ التي لا أعرفها، قد تكون مصطلحات علمية: طبية أو نفسية، ولكنها ليست موجودة عندنا في الفقه الإسلامي، فلما نظرت إلى الفقه الإسلامي وجدت - كما قال الدكتور - درجات في هذه الأمراض النفسية، تبدأ من الجنون وتنتهي إلى الذهول، هناك ذهول، هناك عته، هناك المغلوب على عقله، هناك السفيه، هي درجات وبودي قبل ضبط هذه المصطلحات ضبطاً نهائيا، أقترح أن نأخذ هذه الاصطلاحات العربية الإسلامية الموجودة في كتبنا والتي - كما قال الدكتور عبدالستار - قد وقع بحثها بحثا دقيقا من الناحية الاصطلاحية، ووقع تفسيرها تفسيرا دقيقا أيضا في اللغة، وفي الاستعمالات الجارية بين الناس، ثم في الاصطلاح الشرعي لأن الجانب اللغوي شيء، والجانب الاصطلاحي شيء آخر، وإذا أخذنا هذه الاستعمالات الكثيرة فينبغي أن نقارنها بالاستعمالات الجديدة التي وفدت علينا حتى يعرف الفقيه أن هذا الذُهان مثلا هو الجنون، هل هو الجنون بنفسه، أم هو شيء آخر قريب منه؟ أم هو شيء أخطر من الأول؟ وهل هو قابل للعلاج، أو ليس قابلا للعلاج؟ والخَرَف هل يعتبر من الجنون أو ليس جنونا؟ فالحيرة التي وقعت للناس والالتباس الذي يقع في الأحكام بسبب الاختلاف في الاصطلاح هو الذي ينبغي أن نتفاداه، وأقترح أن لجنةً من اللجنتين، أو اللجنة العامة تقوم بتقريب وجهات النظر، أو تقريب المصطلحات الموجودة عند علماء النفس من الاصطلاحات الشرعية الموجودة عند الفقهاء. . . وشكرا.

الرئيس الدكتور حسين الجزائري: شكراً للشيخ الحبيب، هو بطبيعة الحال هناك بعض الصعوبة في تطبيق كل المصطلحات التي سبق استعمالها في السابق؛ لأن تحديدها تحديداً حسب الأمور الطبية النفسية

مثل أن تنطبق انطباقا كاملا مع هذه أو تلك ولكن الأستاذ الدكتور محمد هيثم الخياط أعتقد عنده شرح لما تم.

الدكتور محمد هيثم الخياط: تصدر (منظمة الصحة العالمية) بين حين وآخر تصنيفات مختلفة للأمراض، تعرِّف فيها الأمراض وتُحدَّث هذه المطبوعات بين الفينة والفينة من أجل أن تتماشى مع ما استجد في هذا العلم، وقد أصدرت المنظمة باللغتين: الإنجليزية والفرنسية التصنيف الدولي العاشر للتصنيف الدولي للأمراض النفسية، وعهدنا إلى مجموعة من خبراء الطب النفسي بترجمة هذا الكتاب - الذي هو كتاب فعلا كبير - إلى اللغة العربية، وفي مثل هذا النوع من التصانيف يذكر المصطلح ويعرَّف هذا المصطلح بحيث لا يبقى هنالك مجال للالتباس فيه، هذا العمل استغرق وقتا طويلا، ولكن ما استغرق وقتا أطول هو مراجعة هذا العمل؛ لأن المراجعة كشفت عن كثير من أوجه الخلل في هذا الموضوع لا سيما الصعوبات التي تفضلتم جميعا بذكرها فيما يتعلق باللغة العربية والظلال الكثيرة التي هي لكثير من المصطلحات التي كانت تحملها، أو ما زالت تحملها حتى الآن؛ بحيث حرص المترجمون والمراجعون على عدم استعمال بعض هذه الألفاظ التي يمكن أن تؤدي إلى أي نوع من الالتباس، ولو أنه قد بقيت هنالك بعض الألفاظ التي ما زال عليها خلاف، فعلى سبيل المثال: إخواننا الأطباء النفسانيون يستعملون الآن كلمة الضلال للحديث عمّا يمكن وصفه بأنه أنواع كثيرة فكلمة الضلال لها معان عديدة، معان أساسية في الشريعة لا يمكن أن تنقل هذه الكلمة وتستعمل كما هي بشكل أن نقول هذا الإنسان مصاب بضلال، والضلال له معنى شرعي محدد ومعرف، وما شابه ذلك من الكلمات فهذه الكلمات في الحقيقة - كما قلت - استغرقت وقتا طويلا، الآن هذا العمل في مرحلة الطباعة النهائية إن شاء الله، وبعد أن يصدر في ذهننا أن نحاول الآن بعد إصداره أن نقوم بدراسة مقارنة

تحاول أن تربط بين بعض المصطلحات الحديثة والمصطلحات القديمة وتحاول أن ترى أوجه التشابه بحيث يمكن أن ينزل هذا المصطلح على هذا اللفظ أو خلاف ذلك؛ فقضية تحرير المصطلحات أمر أساسي لا بد منه قبل كل شيء، والإخراج الجديد لهذا التصنيف الدولي باللغة العربية ما هو إلا مجرد ترجمة للمصطلحات الإنجليزية والفرنسية والتعاريف الإنجليزية والفرنسية، فهي إذا تعرف هذه الكلمة تعريفا حديثا. ولكن لا بد من الخطوة الأخرى التي أشار إليها أستاذنا الحبيب وغيره وهي قضية محاولة المقارنة بين هذه الكلمات على الأقل وبين بعض الكلمات التي لها معان قديمة في الشرع، ولها معان نوعية بالتالي في الطب؛ لأن الطب العربي والإسلامي القديم كله إنما كان يعتمد في كثير من مصطلحاته على الناحية الشرعية وعدم الاستغراق في المعنى اللفظي الأصلي للكلمة؛ لأن الاصطلاح ينقل كثيرا من الكلمات من معانيها الأصلية إلى معان جديدة بحيث في كثير من الأحيان تنقطع الصلة بالمعنى الأصلي ويهجر تماما، ويصبح المعنى الدائم والراسخ هو المعنى الجديد الاصطلاحي. وشكرا.

الرئيس الدكتور حسين الجزائري: الدكتور مصطفى الداماد تفضل.

الدكتور مصطفى الداماد: أردت أن أضيف كلمة حول وصف (مجنون) أن هناك احتمالاً آخر أنه لم يؤخذ من كلمة الجن، بمعنى مستور، ستر المجنون، بل أُخذ من كلمة الجن، ويكون المجنون هو الذي دخل في روحه الجن، وهذا معناها التاريخي؛ حيث في القديم كانوا يعتقدون أن المجنون دخل في روحه الجن، والشاهد على هذا، في الفارسية يقال [دي ڤاني]، و[دي ڤاني] معناها الذي دخل في روح [الديڤ]، وهو الشيطان أو الجن، هذه كلمة أردت أن أضيفها إلى كلمة مجنون.

الرئيس الدكتور حسين الجزائري: شكرا سيدي. الدكتور عبدالرحمن العوضي تفضل.

الدكتور عبدالرحمن العوضي: شكرا سيادة الرئيس، هذا اللقب لا أريد أن أدخل بشكل تفصيلي إنما رأيت أننا الآن إذا كنا بصدد توحيد التعاريف بالنسبة للأطباء - كما تفضل الدكتور هيثم - حتى ننقل هذا الشيء إلى الفقهاء والقانونيين هذه مرحلة أخرى مثلما تفضل فضيلة الشيخ قال: «إنه ذهل حتى ما كان يعرف التعاريف التي أرسلت له» أنا أعتقد أننا في هذا الاجتماع - يا سيادة الرئيس - نستطيع أن نصل إلى مفاهيم قانونية وفقهية وشرعية. على الأقل ولو من أجل هذا الاجتماع يعمل فريق عمل صغير جدا نحاول ما بين طبيب نفساني وفقهي وقانوني لأننا بالتالي نريد أن نتعامل مع قانونيين مع الفقهاء حتى نصل إلى توحيد الرؤية والفكرة حول الكلمات، سواء أكانت لتسهيل الكلمات أو إيجاد بدائل لها، أو عدم الذهاب أيضا بكلمات قد تغيرت معانيها في المجتمع، أعتقد أنه من المناسب أن يتم ذلك في هذا الاجتماع، وأعتقد أن أخانا الدكتور هيثم هو من أحسن الناس في هذا الموضوع، أعني أن الدكتور هيثم، والدكتور الشربيني، وفقيه وقانوني آخر يجتمعون، لمحاولة توحيد بعض التعاريف الرئيسية، وليست كلها، إذ لا يمكن أن ندخل في هذه التعاريف الجديدة، إنما نحن في حاجة إلى أن نتفاهم في هذا الاجتماع لخمسين أو ستين كلمة تكون المشترك العام كي نستطيع أن نتفاهم فيه، وحتى لا يكون هناك سوء فهم ونحن بصدد إيجاد مفاهيم رئيسية للقانون والتشريع، أنا أعتقد الآن أن من واجبنا كأطباء أن نحاول شرح مفاهيمنا للفقهاء والقانونيين وأن نصل إلى مفاهيم مشتركة لعلها تكون صالحة على الأقل لهذه المرحلة، وقد نحتاج إلى مراحل أخرى وإلى كلمات أخرى، وإلى تفاصيل أخرى، شكرا سيادة الرئيس.

الرئيس الدكتور حسين الجزائري: سيكون هناك اجتماع خاص لهذا الموضوع، أقصد اجتماع كبير في المستقبل للانتهاء وإقرار الكلمات التي تستعمل، إنما كل كلمة تستعمل الآن لا بد من تعريفها تعريفا واضحا حتى لا نختلف في المعنى، وربما نغير الاسم في المستقبل، ولكن لا نغير المعنى. المستشار بدر المنياوي تفضل.

المستشار بدر المنياوي: شكراً سيادة الرئيس. بسم الله الرحمن الرحيم. أرجو أن أبدأ من حيث انتهى السيد رئيس الجلسة، أنا أتصور أن تحديد التعريفات تحديداً قاطعا في وضعنا الحالي أمر مستحيل، الفقه الإسلامي يتضمن تعريف الجنون عشرات التعريفات، في علم أصول الفقه هناك عدة تعريفات للجنون، في علم الفقه (المذاهب الأربعة) فيه - أيضاً - عدة تعريفات للجنون، رجال القانون يختلفون في معنى تعريف الجنون اختلافا واضحا جدا، القانون نفسه يختلف في تعريف الجنون، القانون المصري يُعرف الجنون أحيانا، قالوا: إن القانون قال مرة عاهة في العقل، ويقول مرة الجنون، ويقول مرة خبل في العقل، ويقول مرة اختلال في العقل، وكل هذه المعاني يهمني منها معنى واحد فقط، وفي علم النفس أيضا هناك عدة تعريفات للجنون بدرجة أنه قيل إن في أمريكا وحدها ١٩ تعريفا للجنون، وأن وصف هذا التعريف بالجنون بأنه كلام غير علمي؛ وهذا في كتب صدرت حديثا في علم النفس أو الطب النفسي، إذاً فتعريف الجنون في المرحلة الحالية ترفٌ لا أعتقد أننا نحتاج له، هذا بالإضافة إلى بقية أنواع العاهات، أو الإعاقات العقلية مثل: السفه، ومثل: الغفلة، هذه التعبيرات ليست من الغرب، وإنما أصلها من الشريعة الإسلامية، الغرب لا يعرف تعريف معنى السفه، الغرب لا يعرف تعريف معنى الغفلة، إذاً محاولة تعريفها بالجمع بينها وبين المعاني الغربية أمر سيصل بنا إلى متاهة لا معنى لها، هذه التعريفات معقودة أصلا في الفقه

الإسلامي، فالفقه الإسلامي يعرّف السفه ويختلفون فيه، فأبو حنيفة له رأي أنه لا يحجر بالسفه وغيره له رأي آخر، والحجر بالسفه متى؟ هل يكون بالحكم؟ أو يكون حسب الوقت والواقع؟ أقصد من هذا إلى أن محاولة تعريف المصطلحات في مرحلتنا الراهنة أمر يضيع وقتنا، إنما لو ننتظر - مثلما قال سيادة الرئيس - ننتظر حتى تصدر الدراسات الخاصة بمفردات كل لفظ من هذه الألفاظ، وحينئذ يكون هذا التعريف له معنى مفيد، لأننا مضطرون فعلا، نريد أن نعرّف معنى الجنون لكي نضع له أحكاماً، مضطرون نعرّف هذا الجنون، نعرفه عن طريق معاييره، هناك معايير عالمية للجنون، إنجلترا لها معيار عالمي منذ ٢٠٠ سنة، في أمريكا لها معيار آخر، وهناك معايير أخرى جديدة واستجدت للجنون أياً كان معناها: (ذُهان) أو (جنون)، أو (سفه عقل)، أو أي وضع من الأوضاع هناك معايير معينة، نحن نستطيع أن نصل إلى تحديد هذه المعايير، وعن طريق هذا التحديد نحدد بطريق غير مباشر معنى الجنون ومعنى السفه ومعنى الغفلة. شكرا.

الرئيس الدكتور حسين الجزائري: شكراً. الدكتور يوسف ريزه لي تفضل.

الدكتور يوسف ريزه لي: بسم الله الرحمن الرحيم. الدكتور يوسف ريزه لي من أسطنبول من تركيا، الواقع أننا جميعنا أظن اتفقنا على ضرورة تعريف المجنون؛ لأنه كما أشار الأخ أنه في الفارسية، أيضا في التركية [داليدي وانيه] ثم مفهوم آخر لا أعرف في البلاد العربية أنّه موجود أو غير موجود، فلان جُنَّ بفلانة - أي - أحب فلانة، ثم في الآونة الأخيرة في مجال تخصصي أنا في مجال جراحة الدماغ والجملة العصبية، ونحن نفتخر برجل يعيش الآن في أمريكا ومن أصل حلبي واسمه أسامة المفتي، له شهرة عالمية في جراحة [المنجيوما] في الدماغ في كل مواقعها، المواقع التي يصعب على كل

جراح الوصول إليها في قاعدة الدّماغ، هذا الرجل له كتب متعددة، وفي الآونة الأخيرة حضر إلى أنقرة، لكن الجميع سموه بمجنون [المنانجيوما]، فإذاً التعريف بالنسبة للجنون والمجنون، أتصور أن نتفق عليه جميعنا وشكراً.

الرئيس الدكتور حسين الجزائري: [المنانجيوما] التي ذكرها الدكتور يوسف ريزه لي عبارة عن ورم في الأغشية التي تحيط بالدماغ وبطبيعة الحال عندما تكون من الخارج يسهل إزالتها، ولكن عندما تكون في أماكن من الصعب الوصول إليها، وهناك جنون الغرام، وجنون الجراحة، الدكتور عبدالمتعال تفضل.

الدكتور صلاح عبدالمتعال: بسم الله الرحمن الرحيم. شكراً سيادة الرئيس. هو حقيقة في الموضوع الخاص بتحديد المفاهيم، موضوع هام للغاية على مستوى العلوم الإنسانية كلها ومنها علم النفس والطب النفسي، وأهمية هذا الموضوع أن المفهوم نفسه يترجم إلى قوانين، ويترجم إلى إجراءات، ويترجم إلى سياسات جنائية، فلا بد نحن في العالم العربي الإسلامي أن يكون لنا محاولة لتوحيد هذه المفاهيم حتى لا يحدث نوع من الاضطراب، وهذا الموضوع يحتاج إلى مشروع كبير ودراسات متواصلة أعتقد يمكن أن تكون من اهتمامات الصحة العالمية، وعلى أساس أن هناك مفاهيم مستقرة لا خلاف عليها، إنما هناك مفاهيم مستحدثة كما نطلع الآن، هذه نقطة أعتقد أنها مهمة. النقطة الأخرى: في الحقيقة أن القضاة الذين يقومون بأعمال هذا القانون خاصة في الحالة الجنائية لا بد أن يكون لديهم من المعلومات والاطلاع على أحدث ما توصل إليه علم الطب النفسي، وهذا يحتاج إلى نوع من المتابعة العلمية، وبمفردهم لا يستطيعون، ولكن أتصور أن يكون في كل بلد عرب وإسلامي، هناك محاولة لتأهيل، أو رفع مستوى في العلوم الإنسانية، خاصة بالنسبة للطب النفسي في المحاكم،

أو في القضاء الجنائي، هذه مسألة ضرورية حتى يكون على بينة عندما يحتكم إليه بالنسبة لتقارير الخبراء، وشكراً سيادة الرئيس.

الرئيس الدكتور حسين الجزائري: شكرا. تفضل دكتور شقيل الرحمن.

الدكتور شقيل الرحمن: ما أريد أن أقوله لماذا نحتاج هذه التعريفات؟ إن اسم هذا الاجتماع هو وضع مبادئ عامة تُطبق على أولئك الذين يقعون ضمن إطار التعريف أو التفسير الذي سيحدث فيما يتعلق بالتنفيذ هو أن الشيء الرئيس عندما يقع شخص في إطار هذه التعريفات فإن حقوقه وقدراته سوف تخضع للتساؤل وسوف تحدد حقوقه طبقا لهذا القسم أو ذاك، إن الأطباء وحدهم وعلماء النفس هم الذين يستطيعون أن يحددوا قدرات شخص يعاني من مرض معين، ونحن لا نستطيع أن نضع مبادئ أو تعريفات لهؤلاء الناس. وشكرا.

الرئيس الدكتور حسين الجزائري: دكتور بدران تفضل.

الدكتور إبراهيم بدران: شكرا سيادة الرئيس، أنا متصور من الحوار الذي تم حاليا، أننا من التوصيات التي نريد أن نضعها، فتح باب التخصصات المزدوجة أو المتعددة حتى يمكن تكوين عالِم له رؤية متعددة الجوانب، ويستطيع أن يفتي في أمور ربما لو كان هناك فرد أو اثنان أو ثلاثة من تخصصات مختلفة يصعب عليهم الوصول إليها منفردين، وشكرا.

الرئيس الدكتور حسين الجزائري: شكرا دكتور إبراهيم. الشيخ عبدالله المنيع تفضل.

الشيخ عبدالله المنيع: شكرا لله ثم لكم، وحفظكم الله. التعريف لا بد أن يشار إليه، التعريف - كما تعرفون - هو في الواقع

الطريق إلى تصور ما يجب أن تسند إليه الأحكام، فلا بد من التعريف، ولا بد من التقييد به، التقيد الكامل حتى تتضح الصورة المراد الحديث عنها (ما يتعلق بالجنون) وهو في الواقع من مادة جن بمعنى، (لما جن عليه الليل رأى كوكبا)، بمعنى غطى الليل النهار، ومنه قوله تعالى: ﴿**اتخذوا أيمانهم جُنَّة فصدوا عن سبيل الله**﴾ ومن ذلك (المِجَن) وهو ما يتخذ حماية للمقاتل مما يسدد إليه من سهام ونحوها، ففي الواقع على كل حال هو مأخوذ من التغطية ومن ذلك قوله صلى الله عليه وسلم: «والمجنون حتى يفيق» أي حتى يزول ما خامر عقله.

ثم المجنون في الواقع، أو المصاب بمرض عقلي لا يمكن أن نصفه بالجنون بمجرد إصابته بهذا المرض، فالمرض العقلي له مراحل منها: الوهم، فالوهم نوع من الجنون، ومنها: السفه، والسفيه: هو الذي لا يحسن التصرف ولكن عنده من العقل ما يهتدي به في تحقيق الخير له، والابتعاد عن الشر، ومنها: العته وهي مرحلة في الواقع قريبة من الجنون، لكن لا نستطيع أن نقول بأنها جنون، ثم يأتي الجنون وهو التغطية الكاملة للعقل من حيث إنه يفقد عقله الناقد الكامل، ومن الأمراض العقلية مما ذكره العلم الغضب الذي يكاد العقل يزول من حيث إنه يتكلم بما لا يدري أنه تكلم به؛ ولهذا فالعلماء: رحمهم الله - تكلموا، أو تحدثوا عن موضوع طلاق الغضبان، فقالوا: إن الغضب إما أن يكون غضبا شديدا لكنه لا يصل إلى حد فقده إحساسه بما يصدر منه، وإما أن يصل إلى حد فقده ذلك؛ ففي هذه الحالة اتفق مجموعة من المحققين على أن طلاقه لا يقع لأنه في الواقع ليس مالكاً لعقله، فالحاصل أن التعريف ينبغي أن يعنى بهذا عناية تامة، شكر الله لكم.

الرئيس الدكتور حسين الجزائري: بارك الله فيكم، فضيلة الشيخ المختار تفضل.

الشيخ محمد المختار السلامي: بسم الله الرحمن الرحيم، وصلى الله على سيدنا محمد وعلى آله وصحبه، أعتقد أن الإنسان إما أن يكون سويا في بدنه وإما أن يكون سويا في عقله، أو مختلا في أحدهما، فإذا اختل في بدنه وهو مريض والمرض يبدأ بالوجع في الإصبع ثم إلى مرض خطير يودي بحياته.

أما غير السوي أيضا فله مستويات فاختلاف هذه المستويات ستظهر عندما تتأمل اللجان، بحيث يكون لكل شريحة مواصفاتها الخاصة، وينبني على ذلك الحكم بعد تحديد كل ما يتعلق بتلك الحالة، من الأحكام المتعلقة بالحقوق، أو الأحكام المتعلقة بالمسؤوليات، فنحن لا نريد أن نعطي حكما عاما لجميع المجانين؛ كما أنه لا يمكن أن نعطي حكما عاما لجميع المرضى، وكلٌّ له حكمه حسب التصور الصحيح، أما عن الجنون ومن أين اشتقاقه؟ فأعتقد أن هذا من منح العلم، وهو فيه طرافة لكن لا تهمنا في اجتماعنا هذا، لا أطيل عليكم وشكرا.

الرئيس الدكتور حسين الجزائري: بارك الله فيكم، الدكتور عصام الشربيني تفضل.

الدكتور عصام الشربيني: بسم الله الرحمن الرحيم. الواقع أن التعاريف خطوة إلى الأمام، خطوة للمساعدة في تحديد الأمور، ولكن التعريف لا يمكن أن يكون نهاية القضية؛ لأنه مهما كانت الصياغة جيدة في القوانين، فلا بد أن يحدث خلاف في التفسير والتطبيق، وكذلك في كل العلوم وفي كل فروع الطب وفي الأمراض النفسية كذلك، وكل وصف مرضي له درجات متفاوتة ونحاول أن نضيف إلى ماهو معروف في الطب تحديدات درجة بعد درجة بعد درجة، والقاضي عندما يتعرض للموضوع لا يستقل برأيه إذا لم يكن واضحا تمام

الوضوح في ذهنه، وإنما يستشير المختصين، ومع تقديري لما أشار إليه الدكتور بدران من التخصصات المزدوجة ففي القضاء هناك فعلا قضاة يتخصصون في دائرة تنظر في الأحكام الشرعية، ودائرة تنظر في الأمور المالية، ودائرة تنظر في القضايا الجنائية، فهذا يدل على أنه مهما كان التعريف دقيقا، ومهما كان التخصص متسعا أو مزدوجا فلا بد أن تعرض أمور لا يمكن تحديدها في التعريف ولا يمكن تحديدها في قانون مصاغ، وإنما تُقدّر حسب حالتها المفردة، ومن هنا ينبغي أن نهون على أنفسنا من ناحية التعريف، نجتهد في التعريف، ونجتهد في التفصيل، ولكن بعد عام أو عامين سيتضح أن في هذا المرض درجات أخرى وستحتاج إلى تقسيم آخر وإلى تعريفات جديدة، ومن هنا فالتعريف خطوة وليس نهاية قضية. وشكرا.

الرئيس الدكتور حسين الجزائري: شكرا دكتور عصام. أعتقد بأنه حتى الخبراء عندما يدخلون للشهادة في المحاكم يأتي خبير مضاد وهكذا فيعني الموضوع ليس موضوعا سهلا إنما هو أوسع بكثير مما يعتقد. دكتور أسامة الراضي تفضل.

الدكتور أسامة الراضي: بسم الله الرحمن الرحيم والصلاة والسلام على أشرف المرسلين. بالنسبة للتعاريف يا سيدي الفاضل، فإن جمعيات الطب النفسي وجمعيات الصحة النفسية، وجمعيات السيكولوجية النفسية يعملون كل خمس سنوات لإخراج تصنيف فهو معمول جاهز، آخر التصانيف هي التصنيف الأمريكي وتشخيص الصحة العالمية الذي خرج قبل سنة هذه كلها موجودة فيها التعاريف، والمطلوب منا فقط هو ترجمة هذه التعاريف، أما أن نضع نحن التعاريف فهذه تحتاج لجلسات طويلة من علماء الطب النفسي وعلماء النفس وعلماء الاجتماع سنوات متكررة حتى يستطيعوا أن يصلوا إلى حقيقة العمل والتعريف، يدرسون في المستشفيات وفي الحالات وفي

الكتب، فالتعاريف موجودة يا إخوان وإنما فقط تعريفها ومطابقتها بما هو في الشريعة، فلا نتعب أنفسنا في التعريف، التعاريف موجودة فقط بحاجة للترجمة، ومطلب آخر هو أن نجعل عالم النفس، (الطب النفسي) يكون أيضا على دراية واسعة بعلم الشريعة، وأن يكون عالم الشريعة أيضا على علم واسع بعلم النفس حتى يمكن أن يدخل في التحكيم بالنسبة لمرضى النفس، أما أن نأتي بعالم لا يعرف شيئا عن علم النفس ونقول له: تعال احكم في مريض هل هذا مجنون أو غير مجنون؟! هذا لا يصح، أو أن نأتي بطبيب نفسي لا يعلم في الشريعة ونقول: احكم في هذا المريض يحجر عليه أو لا يحجر عليه؟! هذا لا يجوز، فهذه النقطة فقط [ترجمة التعاريف] وبعد ذلك اختيار من يقوّم المرض النفسي، وشكرا جزيلا.

الرئيس الدكتور حسين الجزائري: شكرا تفضل دكتور عبدالله.

الدكتور عبدالله محمد عبدالله: بسم الله الرحمن الرحيم. شكرا سيادة الرئيس. في الواقع أريد أن أتكلم في نقطتين: الأولى: ما الخلاف الذي ثار حول اشتقاق كلمة الجن، وهذا في التعريف الذي وضعه الفقهاء للجنون ذكروا من أسبابه خلل أهلي في العقل، ونوع آخر يطرأ على العقل فيزيله أو يستره، وهناك نوع ثالث أشار إليه بعض الإخوان وهو الذي أصابه مس من الجن، الذي دخله الشيطان، وما إلى ذلك؛ فالذي قال: إن هذا (الجن) مأخوذ من دخول الجن فيه فلعله يقصد إلى هذا النوع الذي عبر عنه الفقهاء بأنه من أصابه مس من الجنون، أما أصل الاشتقاق فهو من الاستتار والاختفاء.

النقطة الثانية أنا في الواقع حاولت أن أحصر الكلمات المتعلقة بهذا الموضوع ووصلت إلى حوالي ١٢ كلمة أو مصطلحا لهذا المرض العقلي، إنما الشيء الأساسي، أو الاسم الحقيقي على هذا النوع من

المرض الذي هو فقد الإدراك إنما هو الجنون، وهناك أشياء أخرى تلحق بالجنون كأن يقال: هذا فيه خبل، أو هذا فيه صرع، أو هذا فيه مثلا ذهول، ولقد حاصرت في بحثي حوالي ١٢ مصطلحا كلها تدور حول هذا المعنى، بعضها يُلْحقها الفقهاء بالجنون، فوضع تعريف صحيح متفق عليه بين الفقه والقانون والطب للجنون، ثم ينظر للأمراض الأخرى والأسماء الأخرى والمصطلحات الأخرى هل هي تصل إلى درجة الجنون فتلحق بهم أم لا؟ إنما هو الأصل فقد الإدراك والسيطرة على التصرف، هذا هو تقريبا التعريف القريب لكلمة الجنون. وشكرا.

الرئيس الدكتور حسين الجزائري: دكتور سعد الدين العثماني تفضل.

الدكتور سعدالدين العثمان: بسم الله الرحمن الرحيم. كنت أريد أن أشير لفكرة أشار إليها الدكتور أسامة، وهي أن تعاريف الأمراض النفسية، يتكفّل بها المتخصصون، حتى في الشريعة الإسلامية دائما يرجع في هذه الأمور إلى الخبراء، وتعريف علمائنا الأقدمين في الحقيقة في هذا المجال تعاريف مرتبطة أكثر بما هو متعارف عليه في ثقافتهم وفي العصور والقرون التي عاشوها، لكن أهم شيء هو العمق، لماذا هذا المجنون نتحدث عنه في مجال المسؤولية؟ ولماذا يعفى من المسؤولية؟ هذه العلة هي التي يجب أن نستحضرها، ثم نرى ما هي الأمراض التي تنطبق عليها هذه العلة في التطبيق الطبي المعاصر؟ هي للإنسان المُعفى من المسؤولية، ولا نحتاج إلى تدقيق الاسم، لأن الاسم قد يختلف باختلاف الثقافات، حتى التخصصات أحيانا، من تخصص إلى تخصص، فالمصطلح قد يحمل معاني متعددة، وهذا - في رأيي - نأخذ التعاريف المعاصرة كما هي، ثم نحدد ما هي

التعاريف التي تنطبق عليها الأحكام الشرعية المعينة، إن هذا هو المخرج. وشكرا.

الرئيس الدكتور حسين الجزائري: شكرا يا أخ سعد، الحقيقة كنت أقترح بدل أن نعرِّف كلمة أن نأتي بشرح المصطلح بكامله، ونقول: هذه الحالة ونناقشها على هذا الأساس، ثم في المستقبل نأتي بالكلمة الأنسب والمتفق عليها إلى آخر ما هنالك، نرجو أن نتوقف الآن عن نقاش التعريف والمصطلحات، وأعتقد بأن الكلمة التي قرئت أمامكم اليوم بعد الظهر، من السيد بيتريس تحوي الكثير من الحقيقة، فما هو مطلوب في الخطوط العامة للقوانين التي نريد أن نقدمها للإخوة الذين يشتغلون في هذه الأمور، فلذلك أرجو أن نركز أكثر باقي عندنا حوالي ٢٥ دقيقة نركز أكثر على هذه النواحي العامة. سيادة المفتي الدكتور نصر تفضل.

الدكتور نصر فريد واصل: بسم الله الرحمن الرحيم. شكرا سيادة الرئيس، الحقيقة التعليق المتعلق بالنسبة لي حول الموضوع هو الخلاف الذي دار حول المفهومات، أو الاصطلاحات العلمية، وجدت تقريبا اتجاهات ثلاثة: البعض يقول: إننا لا نتمسك بتعريف معين، والبعض يقول: إن كل فن له تعريفه، والبعض يقول: إننا نأخذ بالتعريفات المصطلحة حسبما نجدها. نحن نعرف أن الاجتماع الذي حضرنا من أجله هو الطب النفسي والمرضى المعاقين، والحقوق والواجبات من الناحية الشرعية، والناحية القانونية، والناحية الطبية، وهنا جئنا لنخرج بنتيجة معينة لأنه حدث من التطبيق العملي، والممارسة العملية في كثير من البلدان أنه اختلفت هذه المفهومات ومن هنا ضاعت المسؤولية، يعني ضاعت الحقوق سواء بالنسبة للمريض أو بالنسبة للآخرين، ولهذا فأعتقد أن هذا المجلس الموقر العلمي إنما حضر للاتفاق على علاج لهذه القضية، ومن هنا ونظراً لأن الشريعة الإسلامية ممثلة، والطب

ممثل، والقانون ممثل، فلذلك أجد أننا ونحن نحاول أن نقول: إن الشريعة الإسلامية صالحة لكل زمان ومكان، وأن أهل العلم وأهل الخبرة أيضا هم جزء من أحكام الشريعة الإسلامية عند السؤال، فلذلك سوف نجد أن الاصطلاحات العلمية الثابتة في النصوص الشرعية الصحيحة، وفي كتب الفقهاء أعتقد أنها لا بد أن تكون أصل، ولا بد أن تُراعى في تحديد المعايير والضوابط الشرعية في مجال الحقوق والواجبات.ثم بعد ذلك نطبق هذه التعريفات على ما استجد، أو ما تم الاصطلاح عليه، فعلى سبيل المثال، الطب النفسي الآن، كلمة الطب النفسي هذه كلمة متسعة وتشمل كل أنواع الأمراض، ومنها الجنون، الحقيقة أتفق تمام الاتفاق مع الشيخ الحبيب بن الخوجة فيما أشار إليه، وأرى أننا فيما يجد من الجديد نرى ما هو المصطلح المتوافق معه من الفقه الإسلامي، وإن كان الخلاف شكلياً أو لفظياً، فلنقل إن ما يسمى جنوناً هذا يساويه في الاصطلاح الحديث كذا، وهذا لا يهم عند التطبيق أو أمام القاضي؛ لأن لكل بلد رأي أو خلاف في هذا المجال، لكن أهم ما فيها أننا لا نختلف حول الجنون، فقد يكون عند البعض أن الجنون ما يزول العقل فيه تماما، وليس للإنسان فيه مسؤولية كما أشار الحديث؛ والبعض قد يعتبر أن مجرد أن الإنسان عنده نقص أو وهم أو خلل أو سفه فهذا قد يكون جنونا، فإذن هناك اختلاف المعايير في التسمية الواحدة؛ فقد يترتب عليه اختلاف في الحقوق والواجبات، ولهذا فالإشارة التي أشار إليها الأستاذ الدكتور أسامة الراضي أعتقد أنني أتفق معه فيما وصل إليه، لكن فيما أشار إليه فضيلة المستشار بدر المنياوي [في اعتبار أننا لا نتوقف أمام تعريف معين، أو نظرا إلى أن القوانين تختلف وإلى أن كل دولة لها تعريف محدد] أعتقد أن هذا من حيث الأثر يعني النتيجة، فقد يختلفون في التعريف ولكن الشروط التي يجب أن تتوفر حتى نصل إلى أن نحكم على هذا الشخص بأنه مجنون؛ إما أن يكون جنونا كاملا وإما جنونا ناقصا، هذا يختلف، لكن الكل يتفق على أن الأثر المترتب عليه لا بد أن يكون واحدا، فلا يعقل

أن نسمي إنساناً مثلا مجنونا ثم نحكم بأن له عقلاً وله إرادة، وهناك إنسان يحكم بأنه غير مجنون ومع ذلك ليس عنده إدراك وليس له عقل، عندنا حديث الرسول صلى الله عليه وسلم يحدد إما أن يكون هناك مسؤولية أو تكليف شرعي أو ليس هناك تكليف، فإذن الجنون هذا أمر محدد ومنضبط، وأعتقد أن كل التشريعات تقر بأن المجنون جنونا كاملا هو مُعفى من المسؤولية، النقطة التي أشير إليها في نهاية الأمر، هو الدراسة التي تم عرضها الآن، الحقيقة أنني فهمت منها أن التشريعات المتعلقة بالطب النفسي إنما هي تشريعات حديثة، وأحدث ما وصل منها في سنة ١٩٧٨، وأن هذه التشريعات إنما هي محددة وليست مفهومة بالقدر الكافي، وبالتالي عند التطبيق حدث فيها خلاف بين رجال القانون أو رجال الفقه أو رجال التشريع، ولكنني أشير إلى أن هذه الدراسة في مجال الفقه الإسلامي دراسة قديمة، ونظرا لأن الفقه الإسلامي يماثل تماما القانون الإسلامي في كل مجالاته وفي كل فروع التشريع، فإن هذا الفقه التشريعي، شمل الفقه الطبي، والفقه الزراعي، والفقه الصناعي، وفقه الحياة، وفقه المعاملات، وفقه المجنون، وفقه الصغير، وكل ما يتعلق بحياة الإنسان، الفقه الإسلامي شمل هذا كله، ولذلك فإننا سنجد التشريعات المتعلقة بالطب النفسي وبالمرضى المعاقين في كل مراحل الحياة إنما هي مدونة تدوينا كاملا وبكل دقة في كل فروع الفقه الإسلامي وعلى اختلاف مذاهبه، كل ما في الأمر أنها لم توضع على هيئة تشريعات وقوانين منظمة كما هو مطبق الآن وهذا بالنسبة لطبيعة الفقه الإسلامي، وهذا لا يعيب الفقه الإسلامي، ومن هنا فإن الحكم على الشريعة الإسلامية أو على الفقه الإسلامي أو على القانون الإسلامي بأنه لا يعرف التشريعات المحددة الدقيقة فيما يتعلق بالطب النفسي والمرضى المعاقين أعتقد أن هذا فيه قصور فيما يتعلق بالدراسة، لا أقول في الفهم؛ لأن الحكم على الشيء فرع عن تصوره، ونظرا لأن غير المسلمين المتخصصين من الغرب لم يتعمقوا في مجال هذه الدراسة فأخذوا من منطلق النصوص التشريعية

ولذلك لا بد عند الدراسة لوضع المعيار من الرجوع إلى المتخصصين في الفقه الإسلامي ورجال الطب والقانون، ثم نخرج بتعاريف موحدة، يعني لا بد أن تكون التعريفات موحدة، ثم لا مانع أن يوضع لكل تخصص الشروط التي يجب أن تتوافر لديهم، فالجنون عند الفقه كذا، وعند أهل الطب كذا، وعند أهل القانون كذا، فالتعريف واحد لكن قد تختلف المسميات من مكان لآخر وشكرا.

الرئيس الدكتور حسين الجزائري: شكرا سيادة الدكتور نصر فريد واصل. الدكتور أحمد سعيد ولد أباه تفضل.

الدكتور أحمد سعيد ولد أباه: شكراً، لقد شغلتنا وفهمنا هذه النقطة أكثر من غيرها، ويبدو أنها النقطة الوحيدة التي تضمنها عرض الأستاذ (بيوتريس)، فقد تضمن هذا العرض فعلا جوانب هامة جدا لم يتعرض لها النقاش حتى الآن، أود فقط أن أشير إلى أن هناك مستويين يجب أن نفصل بينهما:

المستوى الأول: هو أن نكون بصدد عملية ترجمة، أي أن نأخذ مفاهيم صيغت بلغات أجنبية ونترجمها إلى العربية فهذا مستوى معين.

المستوى الثاني: هو أن ندرس التراث الإسلامي في هذا الموضوع، أي أن نبقى في المجال العربي فيما يخص هذا الموضوع، فنأخذ أولا المصطلحات الفقهية الواردة في هذا الموضوع، نأخذ مصوغاتها اللغوية ونأخذ أيضا النتائج الطبية التي توصل إليها المسلمون في هذا المجال، فهذا أيضا مستوى آخر، فهل يمكن أن نقوم بعملية الترجمة بدون عملية الدراسة الداخلية لهذا التراث، أم أنه يجب أن نمر عن طريق المرحلة الثانية وهي دراسة هذا التراث الإسلامي، ودراسة المصطلحات الفقهية قبل أن نمر إلى عملية الترجمة؟ فإني أرى أن النقاش كان يدور حول هذه المحاور ولكن دون أن نصل إلى جواب

لهذا السؤال: هل سندرس التراث الإسلامي أولا قبل أن نقوم بعمل ترجمة أم سنقوم بعمل ترجمة مباشرة محاولين أن نرجع إلى الوراء لكي نكيف المصطلحات المترجمة مع مصطلحات التراث الإسلامي؟ وشكرا.

الرئيس الدكتور حسين الجزائري: الشيخ محمد المختار السلامي تفضل.

الشيخ محمد المختار السلامي: بسم الله الرحمن الرحيم، وصلى الله على سيدنا محمد وعلى آله وصحبه. أعود مستسمحا وآخذ الكلمة مرتين هو أن المحاضرة التي استمعنا إليها في هذه الظهيرة أثارت إشكاليات عديدة، وهي إشكاليات تريد أن تثير ما يقع في الواقع سواء كان على الميدان القانوني أو التطبيقي، وهناك إشكالية كنت أنتظر أن يقع التعرض إليها، ولم يقع التعرض إليها وهو: أن الطب ينقسم إلى قسمين: قسم علاج، وقسم وقاية. وأن الاختيالات النفسية التي أفرزتها الحضارة المادية اليوم وتأثيراتها على سلامة العقل والاهتزازات التي ترتبت عليها هي كلها إشكاليات كبيرة ولا بد أن تأخذ لها حظاً من الغرب كما تأخذ إشكاليات وقوع في الاختلال النفسي حظا من البحث، الأمر الثاني الذي أريد أن أقول حسب ظني: هو أن الفقه الإسلامي فعلا، هو يقدم حلولاً للمشاكل كيفما اختلفت، لكن لا على معنى أن الفقه الإسلامي قد تحدث عن كل الإشكالات، إذ إن هذه الإشكالات الإجرائية التي جاءت في المحاضرة هي إشكالية جديدة نشأت من المنشآت والطرق التي يعالج بها من أصيب باختلال نفسي، لكن الذي أريد أن أؤكد عليه هو: أن في الفقه الإسلامي طاقة تستطيع أن تجابه كل الإشكاليات التي يتعرض إليها الإنسان في حياته، مستجيبة إلى تلك القواعد والمبادئ العامة التي عليها يتركز الأمر الثاني، هذا ما أردت إضافته، وشكرا.

الرئيس الدكتور حسين الجزائري: الدكتور محمد هيثم الخياط.

الدكتور محمد هيثم الخياط: أعتذر كما اعتذر أستاذي السلامي، للعودة مرة ثانية إلى الحديث، في الأوراق الموجودة في ملفات حضراتكم ورقة أعدت بتعاريف أعدها الدكتور أحمد محيط حول هذه المشاورة الإقليمية، موضوع هذا المشاورة هو تشريعات الصحة النفسية وهو يتناول جميع الجوانب القانونية المتعلقة بالمرض النفسي بكل أشكاله، بعد ذلك عرَّف المرض النفسي باستثناء التخلف العقلي والخرف، وقيل يمكن اعتبار أي حالية مؤثرة في الملكات الوجدانية أو المعرفية أو السلوكية اضطرابا نفسيا أو مرضا نفسيا، هنالك - كما ذكر الدكتور محيط - تمييز الآن وميل أكثر إلى أن نتحدث عن اضطراب نفسي، بدل أن نتحدث عن مرض نفسي ومعظم الاضطرابات النفسية خفيفة ولا تأثير لها على صواب الحكم على الأمور، أما إذا كان لنمط الحالة أو وخامتها تأثير على صواب الحكم على الأمور فيمكن اعتبارها عندئذ مرضا نفسيا وخيما، وكلمة (الذهان) المستعملة حاليا من مثل psychosis أو الجنون كما هي مستعملة بشكل عام وكما كان يستعمل لها madness بالإنجليزية أو ما شابه ذلك، تقابل هذا النمط من المرض النفسي، وتكاد جميع الأمراض النفسية الوخيمة في أيامنا هذه تكون قابلة للسيطرة عليها إلى حد بعيد باستخدام الأغذية الحديثة، أما التخلف العقلي فليس مرضا بل هو حالة لا تتجلى فيها الملكات الذهنية أبدا، أو لا تتطور أبدا بما يكفي لتمكين الشخص المتخلف عقليا من اكتساب قدر من المعرفة مساوٍ لما يكتسبه الأشخاص الذين هم في مثل عمره، وأما الخرف فحالة ناجمة عن مرض الدماغ، وتكون في العادة مزمنة ومترقية بطبيعتها وفيها تضطرب الوظائف العليا للدماغ إلى آخر ذلك، إذن هنالك بعض التعاريف التي وضعت من أجل تحديد الإطار الذي أقيمت هذه المشاورة من أجله وتحدد - أيضا - ما الذي يراد

الحديث عنه، أو البحث فيه؟ طبعا الاسترشاد بالشرع الإسلامي هو الغاية الأساسية من هذه الندوة، القصد هو أن نستمد من أحكام الشريعة الإسلامية ما يرشدنا في تحديد هذه الأحكام القانونية، المطلوب من هذه المشاورة أن تضع دلائل إرشادية عامة لكل بلد إسلامي يريد أن يهيئ قانونا لمرضى الصحة النفسية، ليس هنالك صيغة موحدة للجميع، ولكن هنالك دلائل إرشادية يسترشدون ويستأنسون بها حين وضع هذه القوانين؛ فقد يكون القانون في بلد مختلفاً تماماً عن القانون في بلد مجاور، ولكننا نريد أن يكون الإطار العام إطارا موحدا يستهدي بالشريعة الإسلامية.

وهذه الندوة - كما قلنا - حلقة في سلسلة من الندوات التي تتناول وضع المرضى النفسيين في مختلف الشرائع، ونحن نريد أن نبرز الجزء الشرعي الإسلامي في هذا الموضوع، ونبين أن الشرع الإسلامي قد تعرض لكثير من هذه الحالات، وحتى في بعض الأحيان تعرض لها افتراضيا قبل أن تقع، ومثل هذه الأمور هي التي يراد الحديث عنها في الحقيقة؛ ومن أجل ذلك أؤكد ما أكده مَنْ قبلي من أننا يجب ألّا نركز كثيرا على قضايا المصطلحات وإنما ننتبه إلى المحتوى (المضمون) التعريف الحقيقي للموضوع، وهنالك عدد منشور قليل جدا من هذه التعاريف، وإنما علينا أن نضع الإطار الفقهي والإطار الشرعي، والإطار القانوني الإسلامي لأمثال هذه الأمور، حتى يستأنس بها من يريد أن يضع قانونا للصحة النفسية في بلداننا وكثير من هذه البلدان التي هي بحاجة إلى وضع هذا النوع من التشريعات، وأعتذر إليكم للإطالة وشكرا.

الرئيس الدكتور حسين الجزائري: المستشار بدر المنياوي تفضل.

المستشار بدر المنياوي: شكرا سيادة الرئيس على سعة الصدر، أنا أستأذن بتوجيه سؤال للسيد المحاضر في المحاضرة القيمة التي ألقاها

إلينا، موضوع من ضمن الموضوعات التي طرقها، موضوع في منتهى الأهمية، ولا يتضح إلا من الدراسة: حماية المعاقين عقليا، تتم في قوانين العالم كله، - كما قال السيد المحاضر - في القوانين المدنية، والقوانين الجنائية، ويضاف إليها - بالنسبة للشرق العربي - قوانين الأحوال الشخصية، السيد المحاضر أشار إلى أن استقصاءه وبحثه دلّه وكشف له عن أن كل قانون أو كل نوع من هذه القوانين له طبيعة خاصة، وله معان خاصة يحكمها، الذي أريد أن أستفسر عنه من السيد المحاضر: هل وصل في استقصائه وبحثه إلى المعاني التي يحميها القانون المدني والتي تختلف عن المعاني التي يحميها القانون الجنائي، وأيضا بالنسبة لنا في الشرق العربي تختلف عن المعاني التي يحكمها قانون الأحوال الشخصية أم لا؟ الملاحظة عندنا في القوانين العربية - سواء في مصر أو في سوريا أو في الكويت أو في الأماكن الأخرى - عندما، تتكلم عن المعاني في القانون المدني بطريقة معينة ونتكلم عن المعاني الخاصة بالمعاقين في القانون الجنائي بطريقة أخرى ونتكلم عن المعاني الخاصة بالأحوال الشخصية بطريقة ثالثة، وتضع لكل معنى من هذه المعاني حكما خاصا به، ولذلك فنحن نقول في القضاء: إنه بالنسبة للقاضي إذا وجد إنسانا قد حجر عليه، فعليه أن يتحقق من بداية حكم الحجر، وتاريخ نفاذ هذا الحكم، وهل هذا التصرف المنسوب إليه سابق على صدور حكم الحجر وتسجيله، أو تسجيل الطلب أو لاحق له، أم لا يتصل بذلك؟ هذا هو القانون المدني، وفي القانون الجنائي نقول له: لا، أنت عليك أن تبحث عن هذا الشخص وقت ارتكاب الجريمة، هل كان مجنونا، فاقدا لعقله أم لا؟ إذا وجدته فاقدا لعقله فتحكم بعدم مسؤوليته بصرف النظر عما إذا كان هناك قد صدر قرار بالحجر أو لم يصدر، وسواء كان هذا القرار نافذا وقت ارتكاب الفعل أم لم يكن نافذا.

هنا نختلف في المعاني التي يحميها القانون المدني، عن المعاني

التي يحميها القانون الجنائي، عن المعاني التي يحميها قانون الأحوال الشخصية، أنا أفهم من الدراسة التي ألقاها علينا - وهي دراسة قيمة - أنه غاص في هذه الأمور كلها، فهل وصل إلى تحديد للمعاني التي يحميها القانون المدني، وهل تختلف عن تحديد للمعاني التي يحميها القانون الجنائي، وقانون الأحوال الشخصية أم لا؟ وشكرا لسيادة الرئيس على سعة الصدر.

الرئيس الدكتور حسين الجزائري: السيد بويتريس تفضل.

السيد بويتريس: شكرا سيدي الرئيس. لقد أدركت قائمة بعدد من الأسئلة وإذا لم أكن مستاءً فليس أمامي سوى خمس دقائق. النقطة الأولى: هي أن هناك العديد من النقاط التي أثيرت ستجدون الإجابة عنها في العرض الذي قدمته أو في العرض الذي سأقدمه غدا. فاليوم اقتصرتُ على عرض عام، وفي الغد سوف ننظر إلى بعض الأحكام المحددة الأمر الذي سيرد على السؤال الأخير الخاص بالتمييز بين القوانين المدنية والقوانين الجنائية إذا لم أكن قد أخطأت في فهم السؤال. هناك نقطة أجد لها أهمية خاصة وأود أن أرد عليها أولا وهي النقطة التي أشار إليها الأستاذ مبشر بشأن المنع والتعزيز وهي نقطة تناولها متحدثون آخرون من زوايا أخرى، فأي نوع من الأحكام تلك التي نتحدث عنها. هذا مجال جديد لا بد من التفكير فيه في مثل هذا الاجتماع بصورة عامة فإن الأحكام التي تحدد حقوق الناس للاستفادة من التدابير التي ستحول بينهم وبين الإصابة من الاضطرابات العقلية أو تعزيز الصحة النفسية إلى أقصى حد ممكن. نحن نتحدث عن أحكام قانونية تتناول مجموعات وليس أفراداً، وأنا لست طبيبا نفسيا، ولذلك فأنا لا أريد أن أتعرض إلى أمور محددة ولكنني أتحدث عن مسألة منع الاضطرابات العقلية، وأن أضيف بعض الأمور التي يمكن التفكير فيها للحيلولة دون وقوع الاضطرابات العقلية، وهذه أمثلة عن الأحكام

القانونية ولكن هذا المجال مجال جديد وما وجدناه بصورة عامة هو أحكام عريضة تعطي الحق للناس للانتفاع من إجراءات تضعها الدولة للحيلولة دون وقوع الاضطرابات العقلية أو تعزز الصحة النفسية.

سؤال آخر وجهه أحد الزملاء بشأن القضية الخاصة بالتأكد من التنفيذ، إنني لا أعرف كيف أصوغ هذه الكلمة ولكن ذكرت هنا أن السلطة الأساسية للإشراف على التنفيذ هي الشخص سواء كان طبيبا نفسيا أو ممرضة، المهم الذي يقدم المساعدة، فإن العنصر الأساس للتنفيذ في التشريعات الخاصة بالصحة النفسية هو أن يكون المعنى معروفا؛ معنى هذا التشريع وهذا يعني أن التشريع ينبغي أن يكون سهل الفهم وأنا لا أود أن أكرر ما سبق أن قلته فهذا هو أحد السبل الكفيلة لضمان التنفيذ وتقديم المساعدة للأطباء النفسيين. وهنا نحتاج إلى تكامل بين فروع مختلفة ولذلك لا بد من وجود فهم مشترك مع هذه الفروع المختلفة: القانون والطب النفسي والشريعة، وأرجو ألا أكون قد نسيتُ نقاطا كان يتعين عليّ أن أتعرض لها. إن جزءا كبيرا من المناقشات دار حول المعايير وأي نوع من المعايير ينبغي تطبيقه وعلى حالة بعينها، فهناك تمييز بين الأوضاع القانونية والمدنية التي يمكن أن تختلف المعايير حولها، فالقواعد لا تطبق كلها في جميع الحالات بحيث يمكن معالجة كل وضع من الأوضاع في حد ذاته ولا نطبق الأمر بمجمله بحيث تضيع الحقوق. قد أكون نسيت بعض النقاط التي أثيرت ولكن أعتقد أنني قد تناولت معظم النقاط التي أثيرت، وأنا مستعد لمناقشة أي موضوعات أخرى في هذا الصدد. وشكرا.

الرئيس الدكتور حسين الجزائري: الأستاذ المالح تفضل.

الأستاذ المالح: أريد أن أعقب على كلام الأستاذ المستشار: في الشريعة الإسلامية المجنون والمعتوه محجوران لذاتيهما، فهما كالصغير

غير المميز ولا يحتاجان إلى قرار حجر، بمعنى أن الحكم على المجنون والمعتوه مدنيا وجزائيا هو حكم واحد، أما الإنسان الذي يحتاج إلى الحجر فهو السفيه المبذر للمال على غير مقتضى العقل، وشكرا.

الرئيس الدكتور حسين الجزائري: دكتور عبدالله تفضل.

الدكتور عبدالله محمد عبدالله: شكرا سيادة الرئيس، أنا لي استفسار عن كلمة وردت في ورقة المشاورة هي كلمة (الذُهان) أنا بحثت في المعاجم اللغوية، هي كلمة المذهون أصح من الناحية اللغوية لأن المذهون أخذ من ذُهِنَ عقله فهو مذهون أي لا يعي شيئاً، أما في كلمة الذهان، وهو قد يأتي بمعنى صحة الوعي والإدراك، فكلمة الذُهان من الناحية اللغوية كيف أخذت استفسر عنها، وشكرا.

الرئيس الدكتور حسين الجزائري: يجب أن ندخلك معنا في لجنة المعجم لكي لا نجد صعوبات عندما نضع كلمة جديدة، لا يمكن وضعها، الحقيقة هناك حالات كثيرة من اختلاف الرأي هل هذه الكلمة هي الأفضل أم تلك أم... إلخ؟ وأرجو أن تتصل بالدكتور هيثم الخياط وسيطلعك على الخلفية لهذه الكلمة إن شاء الله، نكتفي بهذه المداخلات في هذه الجلسة وأذكر بأن - على طريقة الدكتور أحمد الجندي بشغل الناس يعني إلى آخر قرش في المصاريف، وآخر دقيقة في الوقت - فالآن ننتقل إلى اللجان وهل يوجد هناك وقت للجان أم لا؟... الدكتور أحمد الجندي تفضل.

الدكتور أحمد رجائي الجندي: بسم الله الرحمن الرحيم. لي ملاحظة بسيطة على اللجنة الثانية، اللجنة الثانية لا يوجد بها أطباء، إلا الدكتور أسامة الراضي، لذا أقترح أن يُضَمّ إليها الدكتور لطفي الشربيني، وأقترح ضم الدكتور عبدالستار أبو غدة إلى اللجنة الأولى، وأقترح ضم الدكتور محمد نعيم ياسين - أيضا - إلى اللجنة الثانية،

لكن أنا أقترح أن يكون لكل لجنة مقرران، واحد فقيه وطبيب، لأنه سيكون فيه بعض الصعوبة في التفاهم على المصطلحات، وبعد ذلك كل اثنين يجلسان مع بعضهما ويصدران ورقة عمل واحدة.

والآن سأعيد الأسماء مرة ثانية للّجنة الأولى وهي [حقوق المرضى النفسيين]: الدكتور مصطفى كامل، الدكتور نصر فريد واصل، الدكتور سيد مصطفى محقق، الدكتور مالك البدري، الدكتور زرابي، الدكتور مبشر، الشيخ المختار السلامي، الدكتور شقيل الرحمن، الدكتور بدر بورسلي، الدكتور عبدالستار أبو غدة.

اللجنة الثانية: الدكتور أسامة الراضي، المستشار بدر المنياوي، فضيلة الدكتور الحبيب بن الخوجة، الأستاذ عبدالأمير شمس الدين، الدكتور هيثم المالح، الدكتور صلاح عبدالمتعال، الدكتور سعدالدين العثماني، الدكتور محمد نعيم ياسين، الدكتور عصام الأنصاري، الدكتور لطفي الشربيني.

هناك قاعتان اثنتان موجودتان في الجهة المقابلة في (الميزانين) ١٢، ١٤ ستكونان مفتوحتين وكل شيء موجود، وشكرا سيادة الرئيس.

الرئيس الدكتور حسين الجزائري: شكرا لكم جميعا وترفع الجلسة.

الجزء الثاني
تشريعات الصحة النفسية

أولا: نماذج من تشريعات الصحة النفسية في البلاد الإسلامية

الجلسة الثانية

الرئيس: الدكتور محمد هيثم الخياط

نائب الرئيس: الدكتور مصطفى كامل

المقرر: الدكتور عصام الأنصاري

المتحدثون:

١ - الأستاذة دلال المشعان

٢ - الدكتور أصلان زرابي

٣ - الدكتور شقيل الرحمن والدكتور مالك مبشر

٤ - الشيخ محمد شمس الدين

الرئيس الدكتور محمد هيثم الخياط: بسم الله الرحمن الرحيم، الحمد لله رب العالمين والصلاة والسلام على سيدنا محمد وعلى آله وصحبه أجمعين. نتابع على بركة الله مسيرة هذا الاجتماع المهم الذي نرجو أن يكون مثمرا بإذن الله وأن يصل بنا إلى ما نطمح إليه من عون على إعداد أي تشريعات يمكن أن توافق المرضى النفسيين بشكل عام، وقد اجتمعت مجموعتا العمل، اللجنتان الفرعيتان اللتان شكلتا بالأمس وكان اجتماع كل منهما اجتماعا مثمرا، ولو أن هنالك بعض الملاحظات التي سيقوم الأخ الدكتور أحمد محيط بعرضها فيما يتعلق بهذه اللقاءات.

إنّ ما أريد التأكيد عليه مجددا - كما قلنا بالأمس - هو أننا نحن بصدد إعداد إطار للعمل تستطيع كل دولة تريد أن تضع تشريعات للصحة النفسية، أن تضع هذه التشريعات، وليس يخفى أن تشريعات الصحة النفسية بينما هي تشريعات يستعين بها رجال القانون ورجال القضاء، على الوصول إلى الحكم، ولكنهم في العادة يحيلون الأمر إلى الطبيب النفسي حتى يحكم: هل هذا ينطبق على المريض أم لا ينطبق؟ فهناك أمران مستقلان: موضوع انطباق الحالة على المريض، وهذا أمر في العادة يطلبه القاضي من الطبيب، والطبيب هو الذي سيقرر، ولذلك فلن يأخذ هذا حيزا من أعمالنا لأنه أمر اختصاصي يترك لوقته، وما يهمنا الآن هو الأمر الآخر، وهو هذه المبادئ والأسس الرئيسية التي على أساسها يمكن أن تنزل هذه الأحكام: ما هي الحقوق التي يتمتع بها الإنسان الفرد المريض النفسي، وأسرته ومجتمعه، وما هي حدود المسؤولية التي يتمتع بها هذا المريض النفسي؟ وما هي الأشياء التي تترتب على كونه مريضا نفسيا تلقاء زوجته، تلقاء أسرته، تلقاء مجتمعه بشكل عام؟ هذا هو الإطار العام الذي نريد الوصول إليه، وفي شريعتنا الإسلامية الغراء معين لا ينضب بفضل الله لرصد هذه المفاهيم، من أجل ذلك أحببت أن أطلب في بداية هذه الجلسة من الأخ الدكتور

أحمد محيط أن يتكلم باختصار حول ما يريد أن يركز عليه حتى يتيسر عملنا إن شاء الله.

الدكتور أحمد محيط: بسم الله الرحمن الرحيم. أحب أن أوجه شكري إلى كل العلماء الموقرين والأطباء والقانونيين الذين اجتمعوا بالأمس، وقدموا لنا نصائح ومعلومات قيمة للغاية.

هناك نقطتان - بعد إذنك سيادة الرئيس - أود أن أركز عليهما وأن أسترعي انتباه الجلسة العامة إليهما صباح اليوم.

أولاً: الاختلاف بين مريض وشخص عاجز تماما؛ لأن هناك عبارات استخدمت في النص العربي وقد نفهم أن الغرض من هذا الاجتماع هو بالنسبة لمجموعة واحدة من الأشخاص؛ وهم مَنْ يطلق عليهم اسم المرضى النفسيين وأود أن أسترعي انتباهكم بأن هؤلاء مجرد مجموعة صغيرة من الأشخاص الذين نتحدث عنهم وأنهم محل اهتمام هذا الاجتماع، وهم يعانون من مرض كأي مرض آخر ويستجيبون لعلاج طبي، وأود أن ألفت الأنظار إلى أن هؤلاء الذين هم محل اهتمامنا - وهم المرضى النفسانيون - يحتاجون إلى تشريعات لحمايتهم، وبدون هذه التشريعات قد يكونون في حاجة إلى حماية وهذه نقطة أود أن تأخذوها في الاعتبار.

ثانيا: هناك قضايا قانونية عديدة يمكن أن نتعلمها من العلماء القانونيين الموجودين هنا، وهناك موضوعات قانونية عديدة مرتبطة بحياة هؤلاء الأشخاص وحياة المجتمع الذي يعيشون فيه وحياة أسرهم، فيجب أن يكون عملنا واضحا بالنسبة لهذه الموضوعات، وأود أن أركز في اجتماعنا على هذه النواحي من أجل تسهيل عملنا، وسوف نعد الأسئلة المثارة بالعربية والإنجليزية ونرد عليها، وهناك في ملفاتكم وثيقة تشتمل على المبادئ العشر؛ وهي من مطبوعات منظمة

الصحة العالمية وسوف يوزع عليكم ترجمتها بالعربية أيضا. ونحن لا نريد منكم اعتماد هذه المبادئ، ولكن ندعوكم لمناقشتها، وأكرر شكري للجنتين على عملكم والله سوف يجزيكم خيرا لمساعدة هؤلاء الناس وشكرا.

الرئيس الدكتور محمد هيثم الخياط: شكرا للأخ الدكتور محيط على إيضاحه وأرجو أن يكون في ذلك بعض العون على ما نحن بصدده من إعداد بعض الرؤى وبعض التوصيات حتى نستطيع أن نتوصل إليها في نهاية هذا الاجتماع.

في هذه الجلسة الصباحية سوف نتطرق إلى بعض النماذج من تشريعات الصحة النفسية في البلاد الإسلامية، والنموذج الأول يتناول شريحة جزئية من أولئك الذين تحدث عنهم الدكتور محيط الآن، شريحة من شرائح المرضى النفسيين، هم المعاقون - كما ذكر - نحن لا نقصر عملنا على المعاقين فقط، وإنما على المرضى النفسيين، وللمرضى النفسيين - كما ذكر - تعريف واسع يشتمل المريض الذي لديه مرض نفسي بسيط، إلى المريض النفسي المعقد وكلها أو جُلّها من الأمراض التي يمكن أن تعالج كسائر الأمراض، الأخت دلال المشعان، الأمين العام للتربية بوزارة التربية سوف تتفضل بتقديم بحثها عن الجهود الكويتية في رعاية المعاقين.

الجهود الكويتية
في
رعاية المعاقين

الأستاذة دلال المشعان

الأمين العام للتربية الخاصة

بوزارة التربية

الجهود الكويتية
في
رعاية المعاقين

الأستاذة دلال المشعان

إنَّ الاهتمام بالتنبيه إلى ضرورة أخذ القضية بكل الحزم والجدية أمر تفرضه المعالجة كما تفرضه ضرورة التنبه إلى أن المردود المطلوب لا بد أن يتميز بأقصى درجة من درجات الجدية الواجبة والإيجابية المتوقعة.

من هنا جاء اهتمام دولة الكويت من خلال المؤسسات المعنية فيها، بقضية المعاقين، في المستوى اللائق من الاهتمام والجدية الواجبة، وقد تمثل أول اهتمام للدولة في إنشاء أول مؤسسة لرعاية المعاقين سنة ١٩٥٣م، كان ذلك عند إنشاء معهد النور الذي عني بأن يقدم خدماته لفئة المكفوفين أو ذوي الإعاقات في الإبصار.

ومنذ هذا التاريخ بدأت تتوالى وتتكثف جهود الدولة سواء على المستوى الحكومي او على المستوى الأهلي، في التسابق نحو إنشاء المؤسسات التي تعنى بتقديم خدماتها للفئات المتنوعة من المعاقين..

والآن وبعد مرور أكثر من أربعين عاماً، ما هو واقع رعاية المعاقين في ودولة الكويت.؟

* للإجابة على هذا السؤال قامت الباحثة بتصميم استبانة تم توجيهها إلى كل من يعنيهم الأمر في دولة الكويت وذلك للوقوف بشكل واقعي على حجم وتوزيع ونوع الخدمات التي تقدم لفئات المعاقين بالدولة حتى تاريخ إعداد هذا التقرير (اغسطس ١٩٩٧م)، (أنظر ملحق١)

ومن مطالعة البيانات التي توفرت تحت يد الباحثة تبين لنا أن هناك جهات متعددة تنهض بتقديم الخدمات للمعاقين من أبرزها:

١ - إدارة مدارس التربية الخاصة بوزارة التربية

٢ - مركز الكويت للتوحد التابع لوزارة التربية.

٣ - دور الرعاية الاجتماعية بوزارة الشؤون.

٤ - مركز التدخل المبكر بوزارة الشؤون الاجتماعية والعمل.

٥ - وحدة الاضطرابات النفسية (مستشفى الطب النفسي).

٦ - مركز الوراثة بمستشفى الصباح.

٧ - جمعية المعاقين الكويتية.

٨ - نادي الصم والبكم الكويتي.

٩ - جمعية المكفوفين الكويتية.

على أنه من الضروري قبل عرض طبيعة الخدمات المقدمة لفئات المعاقين إلقاء نظرة على الجانب التشريعي الخاص برعاية تلك الفئات في دولة الكويت.

٢ - قانون رعاية المعاقين:

صدر قانون رعاية المعاقين رقم ٤٩ سنة ١٩٩٦م، وقد تضمن القانون العناصر التالية:

أ - الديباجة.

ب - الفصل الأول عن نطاق تطبيق القانون: وقد تضمن هذا الفصل تعريف المعاق بأنه كل شخص غير قادر على أن يؤمن لنفسه ضروريات الحياة وذلك نتيجة عجز أو قصور في قدراته البدنية أو العضوية أو النفسية أو الذهنية.

كذلك أشار هذا الفصل إلى التعريفات المتعلقة بأمور أخرى خاصة بالمعاقين.

ج - الفصل الثاني: ويقدم هذا الفصل حقوق الأشخاص المعاقين قِبل المجتمع.

د - الفصل الثالث: ويعرض القانون أبعاد التأهيل المكفولة للشخص المعاق من أجل الاندماج في المجتمع.

هـ - الفصل الرابع: وينظم القانون في هذا الفصل تشكيل مجلس أعلى لشؤون المعاقين يهتم بأمورهم ويخطط لرعايتهم بشكل دائم، وحتى تتم هذه الرعاية كما ذكرت في المقدمة ليس من قبيل الإحسان أو الشفقة، ولكن من قبيل حق مكفول بالقانون. (أنظر ملحق ٢).

وعند مطالعة بنود القانون نلاحظ (في الفصل الثاني) مدى الرعاية الخاصة التي كفلها القانون للمعاقين والتي يمكن أن نجمل أهم أبعادها فيما يلي:

١ - كفل القانون للمعاق حق العلاج داخل البلاد وخارجها.

٢ - كفل القانون للمعاق حق الحصول على مساكن ملائمة

وبمواصفات خاصة.

٣ - كفل القانون توفير أماكن التأهيل ودور الإيواء اللازمة لمن يحتاج إليها من المعاقين.

٤ - كفل القانون مضاعفة العلاوة الاجتماعية للمعاقين.

٥ - كذلك فقد كفل القانون للمعاق حق الحصول على إجازات استثنائية عند الضرورة.

٦ - كذلك نص القانون على أن يمنح المعاق معاشاً استثنائياً.

٧ - كفل القانون حصول المعاقين على الأدوات والأجهزة اللازمة لزيادة كفاءة أدائهم بدون ضرائب أو رسوم جمركية.

هذا بالإضافة إلى ما تضمنه الفصل الثالث من مواد خاصة برسم سياسة التأهيل المطلوب لهؤلاء الأفراد وذلك من أجل الوصول بهم إلى أقصى درجة من درجات الفاعلية، (انظر ملحق رقم (٢)..

ومن مطالعة هذه المواد نلاحظ ما يلي:

١ - نص القانون على القواعد الخاصة بقبول المعاقين، بحيث لا يخضع الأمر للصدفة أو الاجتهاد ولكن من خلال قواعد ومبادئ تقرر بحكم القانون.

٢ - نص القانون على التزام الجهات الحكومية والأهلية بان تستخدم نسبة معينة من العاملين بها لا تقل عن ٢٪ من المعاقين.

ويؤدي هذا الالتزام إلى عدم ترك المعاق فريسة للضياع او الفراغ أو التعطل، من حيث إن العمل في حد ذاته قيمة إيجابية ينبغي الحرص على توفيرها للشخص المعاق حتى يشعر أنه ليس كماً عاطلاً من الكفاءة، وبحيث يتحول إلى الشعور بالقيمة الإيجابية، وبأنه موضع تقدير واهتمام، بل إنه في هذه الحال سوف يتحول من شخص مصاب

لإحباط أو العجز إلى شخص لديه طاقة فعالة ولديه طموح للنمو دافع للإنجاز.

بعد هذا الاستعراض لأهم الضمانات التي كفلها القانون معاقين، نتقدم خطوة أخرى نحو استعراض الخدمات التي تقدم لفئات معاقين والتي من أهمها الفئات التالية:

١ - فئات المكفوفين.

٢ - فئات الصم.

٣ - فئات الشلل.

٤ - فئات التخلف العقلي.

٥ - التوحديين.

٦ - متلازمة الداون.

٧ - الشيخوخة.

وتقدم الخدمات المتخصصة للمعاقين من خلال عدد من الجهات ي دولة الكويت هي:

١ - وزارة التربية.

٢ - وزارة الشؤون الاجتماعية والعمل.

٣ - وزارة الصحة.

٤ - المؤسسات والجمعيات الخاصة.

وسوف نقدم فيما يلي استعراضاً لتلك الخدمات في هذه الجهات مشار إليها.

* أولاً: وزارة التربية:

بدأت خدمات وزارة التربية في رعاية فئات المعاقين منذ عام ١٩٩٥م وذلك بإنشاء معهد النور للبنين (المكفوفين)، وقد توالى بعد ذلك إنشاء المؤسسات الأخرى التابعة للوزارة على النحو التالي:

١ - معهد الأمل للبنات سنة ١٩٦٠.
٢ - معهد التربية للبنين (للمتخلفين عقلياً) سنة ١٩٦٠.
٣ - معهد التربية للبنات (للمتخلفات عقلياً) سنة ١٩٦٠.
٤ - معهد الشلل (للبنين والبنات) ١٩٦٢.
٥ - معهد التأهيل المهني للبنات سنة ١٩٦٦.
٦ - معهد التأهيل المهني للبنين سنة ١٩٦٧.

ويعرض الجدول رقم (١) لمكونات العملية التعليمية في مؤسسات فئات المعاقين بوزارة التربية بالنسبة لمدارس ومعاهد البنين ومدارس ومعاهد البنات وتتضمن إحصائيات للمعاهد التالية:

١ - الرجاء (الشلل).
٢ - النور (المكفوفين).
٣ - الأمل (الصم).
٤ - التربية الفكرية للمتخلفين عقلياً.
٥ - الوفاء (الداون).
٦ - التأهيل (للمتأخرين).

(وزارة التربية، إدارة التخطيط، الإحصاء التربوي ١٩٩٧)

جدول رقم (١) يوضح مكونات العملية التعليمية بمدارس التربية الخاصة موزعة حسب الجنس والجنسية

البيان		مدارس ومعاهد البنين						مدارس ومعاهد البنات						المجموع					
		عدد الفصول	عدد الطلاب	مدرسون				عدد الفصول	عدد الطلاب	مدرسون				عدد الفصول	عدد الطلاب	مدرسون			
				مدرس أول	مشرف مادة	مدرس مادة	المجموع			مدرس أول	مشرف مادة	مدرس مادة	المجموع			مدرس أول	مشرف مادة	مدرس مادة	المجموع
الرجاء	ك	١٧	١٢٣	٤	١	١٩	٢٤	١٧	٩٤	٥		٤٠	٤٥	٣٤	٢١٧	٩	١	٥٩	٦٩
	غ ك		٢٠			٢٤	٢٤		١٢	١		١١	١٢		٣٢	١		٣٥	٣٦
	المجموع		١٤٣	٤	١	٤٣	٤٨		١٠٦	٦		٥١	٥٧		٢٤٩	١٠	١	٩٤	١٠٥
النور	ك	٨	٢٨	٤		٢٠	٢٤	١٠	٣٠	١		٢٠	٢١	١٨	٥٨	٥		٤٠	٤٥
	غ ك		٨			٥	٥		٦	٢		٤	٦		١٤	٢		٩	١١
	المجموع		٣٦	٤		٢٥	٢٩		٣٦	٣		٢٤	٢٧		٧٢	٧		٤٩	٥٦
الأمل	ك	٢٤	٩٤	٥		٧	١٢	١١	٦٤			١٦	١٦	٣٥	١٥٨	٥		٢٣	٢٨
	غ ك		٨٣	٢		٤٥	٤٧		١٨	١		١٣	١٤		١٠١	٣		٥٨	٦١
	المجموع		١٧٧	٧		٥٢	٥٩		٨٢	١		٢٩	٣٠		٢٥٩	٨		٨١	٨٩
التربية الفكرية	ك	١٩	١٩٣			٦	٦	١٧	١٦٩			٣٣	٣٣	٣٦	٣٦٢			٣٩	٣٩
	غ ك		٣٧			٣٠	٣٠		٢٥			٧	٧		٦٢			٣٧	٣٧
	المجموع		٢٣٠			٣٦	٣٦		١٩٤			٤٠	٤٠		٤٢٤			٧٦	٧٦
تأهيل التربية الفكرية	غ ك	٢٤	٢٢٩	١		٢٤	٢٥	٢١	٢١٢	٥		٣٨	٤٣	٤٥	٤٤١	٦		٦٢	٦٨
	غ ك		٢٦	١		٣٨	٣٩		٤٠			٢٥	٢٥		٦٦	١		٦٣	٦٤
	المجموع		٢٥٥	٢		٦٢	٦٤		٢٥٢	٥		٦٣	٦٨		٥٠٧	٧		١٢٥	١٣٢
الوفاء	ك	١٣	٨٣			٩	٩	١٦	١٢٥			٢٨	٢٨	٢٩	٢٠٧			٣٧	٣٧
	غ ك		١٩			١٧	١٧		١٨			٥	٥		٣٧			٢٢	٢٢
	المجموع		١٠٢			٢٦	٢٦		١٤٣			٣٣	٣٣		٢٤٥			٥٩	٥٩
الإجمالي	ك	١٠٥	٧٥٠	١٤	١	٨٥	١٠٠	٩٢	٦٩٤	١١		١٧٥	١٨٦	١٩٧	١٤٤٤	٢٥	١	٢٦٠	٢٨٦
	غ ك		١٩٣	٣		١٥٩	١٦٢		١١٩	٤		٦٥	٦٩		٣١٢	٧		٢٢٤	٢٣١
	المجموع		٩٤٣	١٧	١	٢٤٤	٢٦٢		٨١٣	١٥		٢٤٠	٢٥٥		١٧٥٦	٣٢	١	٤٨٤	٥١٧

الإحصاء التربوي/يناير ١٩٩٧م

وبالنظر إلى الأرقام التي تضمنها هذا الجدول عن نسبة المدرسين والمدرسين الأوائل إلى الطلاب نجد أن النسبة بلغت ٣,٦ تلميذ لكل مدرس (٩٤٣ تلميذاً مقابل ٢٦٢ مدرساً) وبالنسبة للبنات وصلت النسبة إلى ٣,١٨ طالبة لكل مدرس.

وعلى وجه العموم فإن تقديم الخدمات التدريسية بهذا المستوى يمكن الحكم عليه بأنه في مستوى جيد من حيث كثافة الرعاية المقدمة لتلك الفئات التي أشار إليها إحصاء وزارة التربية لعام ١٩٩٧م.*

والنسب المذكورة فيما سبق تعد بالمعايير المتعارف عليها نسباً ممتازة حيث تشير التقارير المتخصصة إلى أن المعدل المتعارف عليه في حدود ما بين ٨ - ١٠ طلاب لكل مدرس.

(مكتب التربية العربي لدول الخليج ص ٣٥ - ٥٢)

رعاية الأطفال التوحديين:

من خلال التعاون بين وزارة التربية والأمانة العامة للأوقاف يتم تقديم الخدمات الخاصة للأطفال التوحديين وذلك من خلال مركز الكويت للتوحد. وتقوم وزارة التربية بتقديم الدعم اللازم للمركز من خلال:

١ - تعيين (١٢) معلماً من الوزارة للعمل بالمركز.
٢ - المتابعة والإشراف على البرنامج التدريبي الخاص بالمعلمات والأطفال بالمركز.
٣ - تعد الوزارة عضواً في اللجنة الاستشارية للمركز ،وتتابع تطور المركز والخطوات التنفيذية للبرامج والخطط فيه، وتتولى الباحثة الحالية رئاسة اللجنة الاستشارية للمركز.

الخدمات المقدمة لمتلازمة داون:

تقوم بتقديم الخدمات المتخصصة لهذه الفئة من المعاقين الجمعية الخيرية للتضامن الاجتماعي بالتعاون مع وزارة التربية إدارة مدارس التربية الخاصة (مدرسة الرجاء) التي تقدم ضمن ما تقدمه من خدمات ما يلي:

١ - إنشاء فصول خاصة في المناطق التعليمية الخمسة في مرحلة رياض الأطفال، سوف يتم البدء في تقديم الخدمات لهذه الفصول اعتباراً من العام الدراسي ٩٧/٩٨.

٢ - تقديم الرعاية الاجتماعية والنفسية لهؤلاء الأفراد.

٣ - الاتصال بعائلات المعاقين لتقديم الإرشاد والتوجيه النفسي والمشورة التخصصية المناسبة.

٤ - تقديم محاضرات وإجراء لقاءات تنويرية لنشر الوعي الصحي بأهمية الاهتمام المبكر بأفراد هذه الفئة من المعاقين.

٥ - إجراء البحوث والدراسات للكشف عن ظروف هؤلاء الأفراد ومدى احتياجاتهم إلى تقديم الخدمات إليهم.

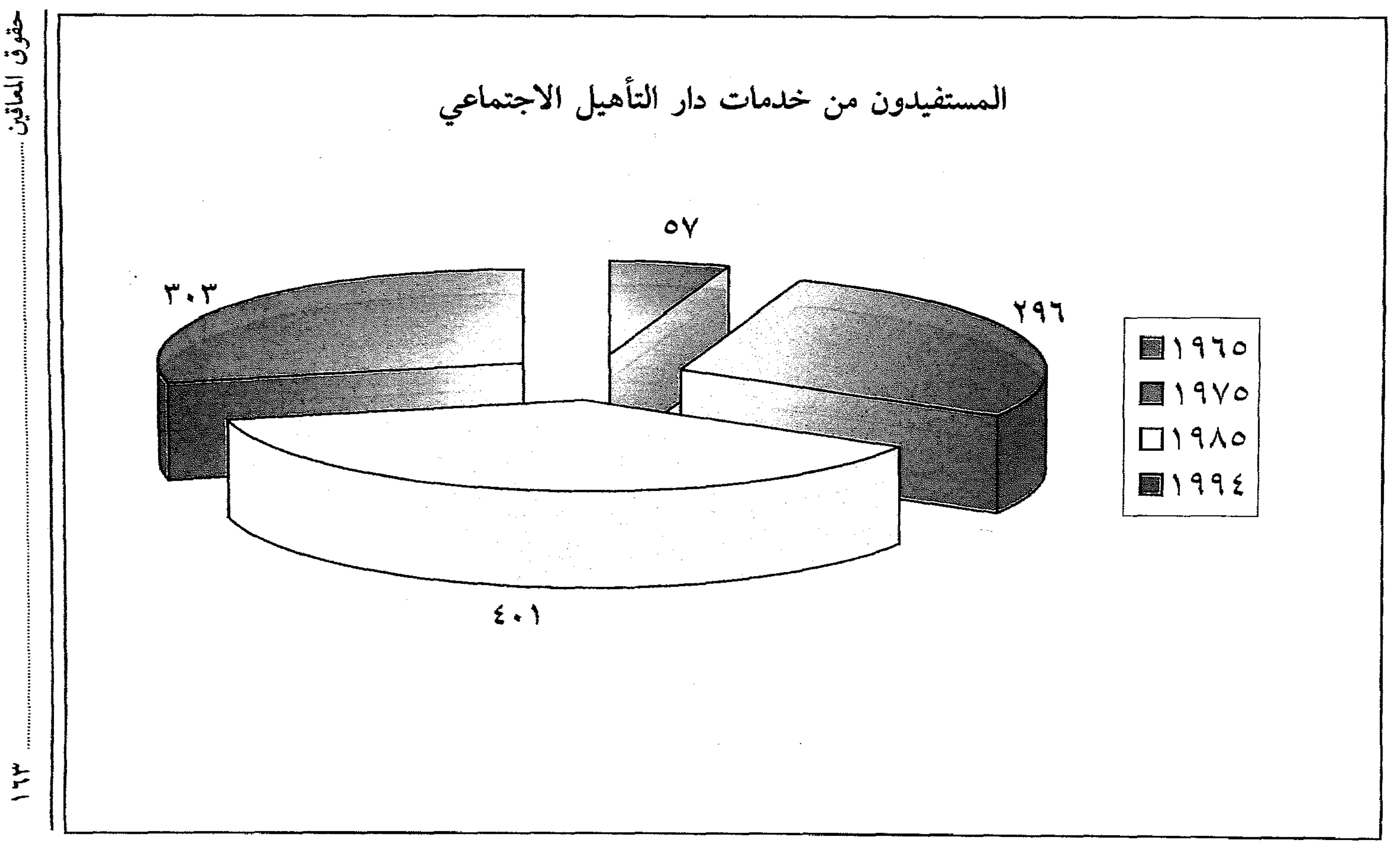
ثانياً: وزارة الشؤون الاجتماعية والعمل:

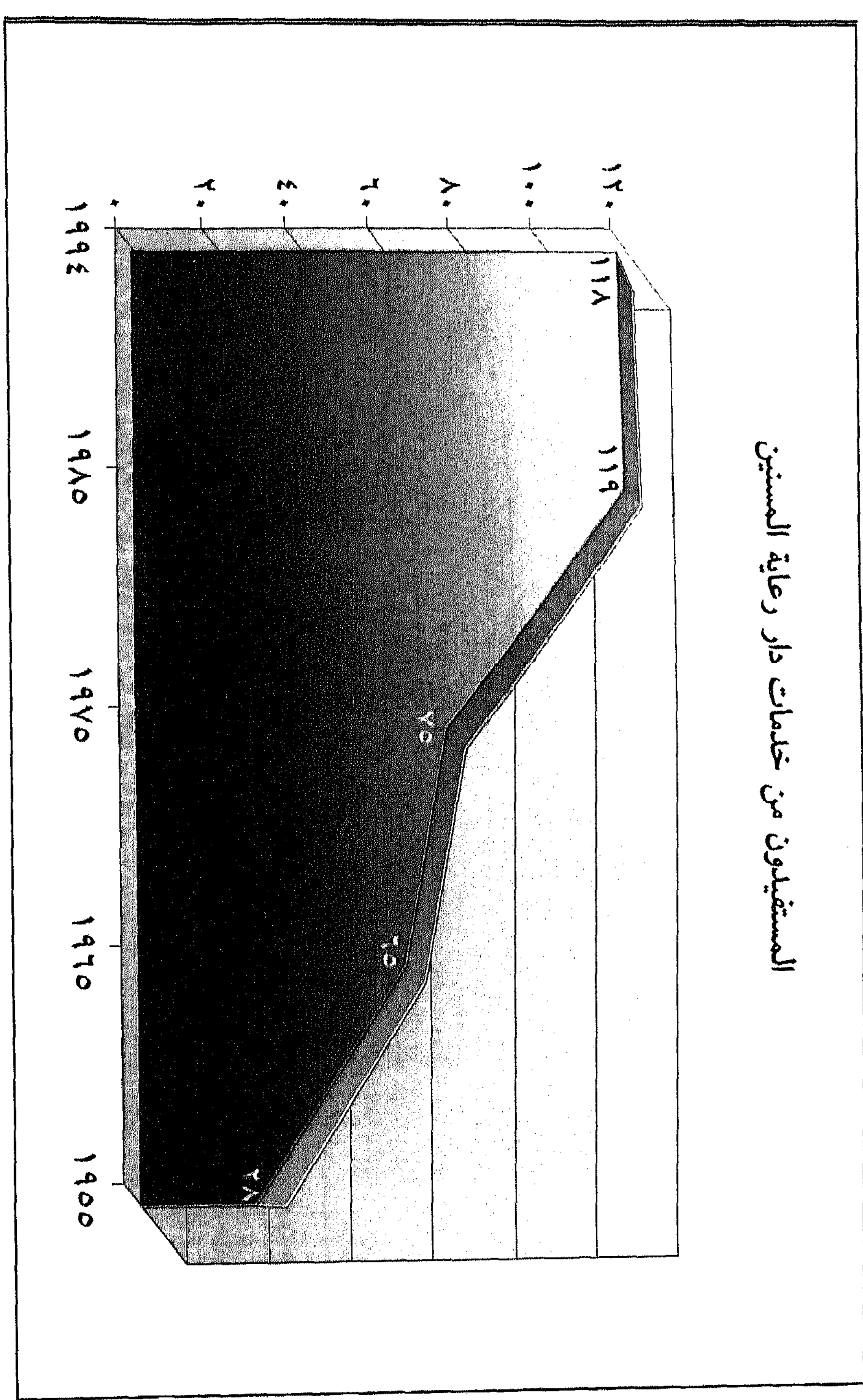
بدأ تقديم الخدمات في دولة الكويت (من خلال وزارة الشؤون الاجتماعية والعمل) منذ سنة ١٩٥٥ وذلك بإنشاء دار رعاية المسنين، وفي سنة ١٩٦٠ أنشئ مركز التأهيل المهني وفي سنة ١٩٦٥ أنشئت دار التأهيل الاجتماعي، وفي سنة ١٩٧٤ أنشئت دار رعاية المعاقين، ويقدم الجدول التالي (جدول رقم ٢) تطور تقديم الخدمات في مؤسسات وزارة الشؤون الاجتماعية والعمل)، وسوف نقدم بعد الجدول ترجمة بيانية لأرقام الجدول تعرضها الأشكال ١، ٢، ٣.

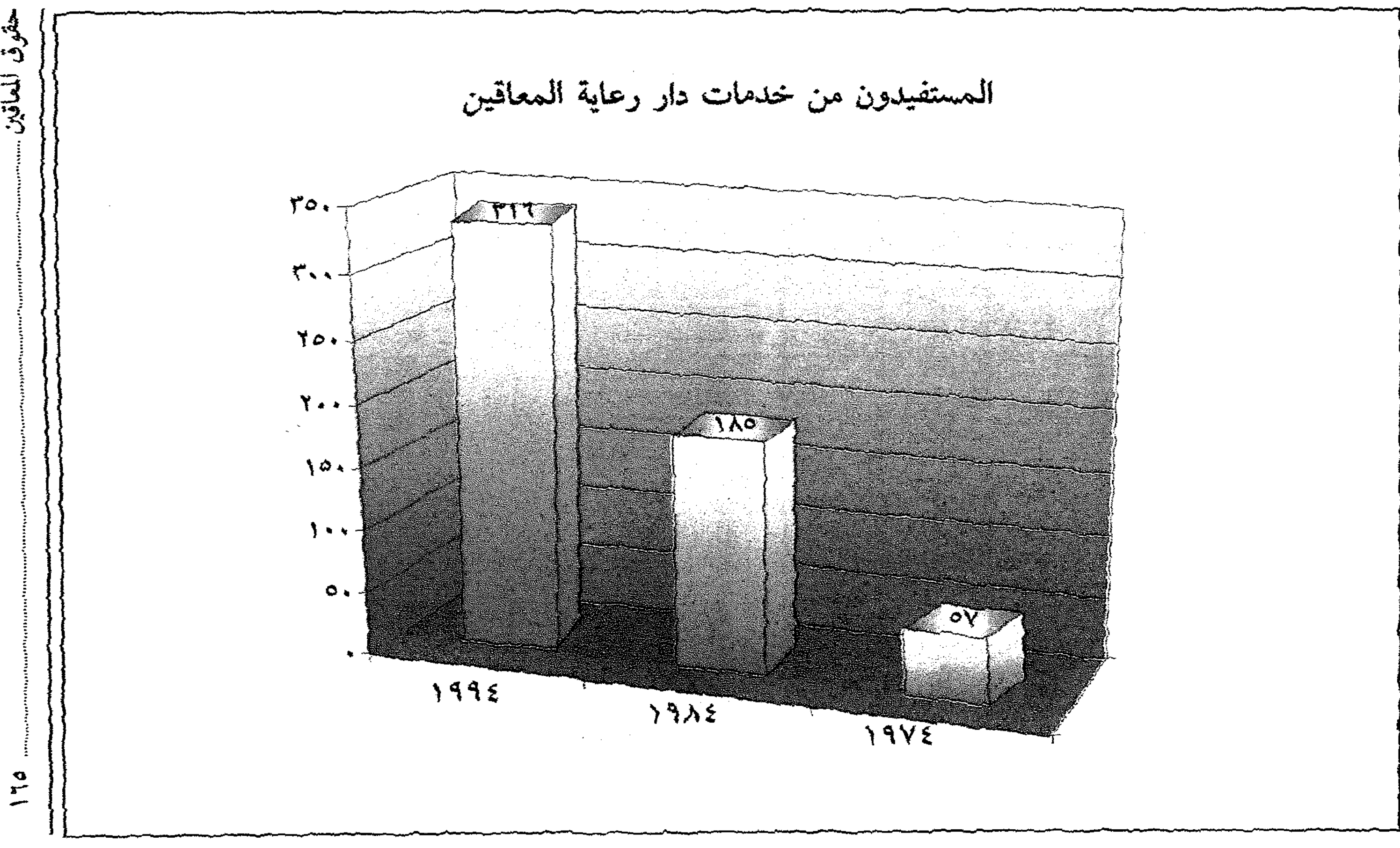
جدول رقم (٢) تطور عدد المستفيدين من خدمات رعاية المعاقين خلال الفترة من ١٩٥٥ - ١٩٩٤م

السنة	دار رعاية المعاقين	دار التأهيل الاجتماعي	دار رعاية المسنين	مركز التأهيل المهني
١٩٥٥	-	-	٢٨	-
١٩٥٦	-	-	٣٠	-
١٩٥٧	-	-	-	-
١٩٥٨	-	-	-	-
١٩٥٩	-	-	٥٤	-
١٩٦٠	-	-	٦٠	٩٢
١٩٦١	-	-	٥٨	١٢٩
١٩٦٢	-	-	٤٠	١٩٨
١٩٦٣	-	-	٦٩	١٣٦
١٩٦٤	-	-	٧٠	١١٠
١٩٦٥	-	٥٧	٦٥	٧٠
١٩٦٦	-	٧٢	٧٠	٤٢
١٩٦٧	-	٨٧	٧٢	١٤١
١٩٦٨	-	١٤٦	٧٢	١٦٧
١٩٦٩	-	١٦٦	٧٥	٦٥
١٩٧٠	-	١٩٦	٧٦	١١٨
١٩٧١	-	٢٠١	٨٢	٩٧
١٩٧٢	-	١٩٥	٨٠	٣٧
١٩٧٣	-	٢٤٩	٧٨	٥٢
١٩٧٤	٥٧	٢٥١	٦٩	٤٤
١٩٧٥	٩٠	٢٩٦	٧٥	٥٤
١٩٧٦	٩٦	٣٤٤	٨٤	٥٥
١٩٧٧	١٠٠	٣٨٣	٨٣	٦١
١٩٧٨	١٣١	٣٩١	٩٧	٣٨
١٩٧٩	١٥٠	٣٩٤	١٦٣	١٦٠
١٩٨٠	١٦٢	٣٩٥	١٣٥	١٤٤
١٩٨١	١٦٤	٤٠١	١٣٧	١٠١
١٩٨٢	١٦٤	٣٩٩	١٣٤	٩٨
١٩٨٣	١٦٤	٤١١	١٢٠	٧٢
١٩٨٤	١٨٥	٤٠٧	١٢٤	٩٦
١٩٨٥	٢٠٩	٤٠١	١١٩	١٢٠
١٩٨٦	٢٣١	٤٠٦	١١٤	١٣٨
١٩٨٧	٢٥٩	٣٩٨	١٥٦	١٤٣
١٩٨٨	٢٧١	٣٩٨	١٥٥	١٦٣
١٩٨٩	٢٨٣	٤١٤	١٦٤	١٣١
١٩٩٠	٢٩٥	٤١٤	١٦٤	١٢١
١٩٩١	٢١٢	٣٠٥	٩٩	١٢١
١٩٩٢	٢٦٤	٢٩٥	٩٧	١٣٤
١٩٩٣	٢٩٩	٣١١	١٠٧	١٥٠
١٩٩٤	٣١٦	٣٠٣	١١٨	١٥٧

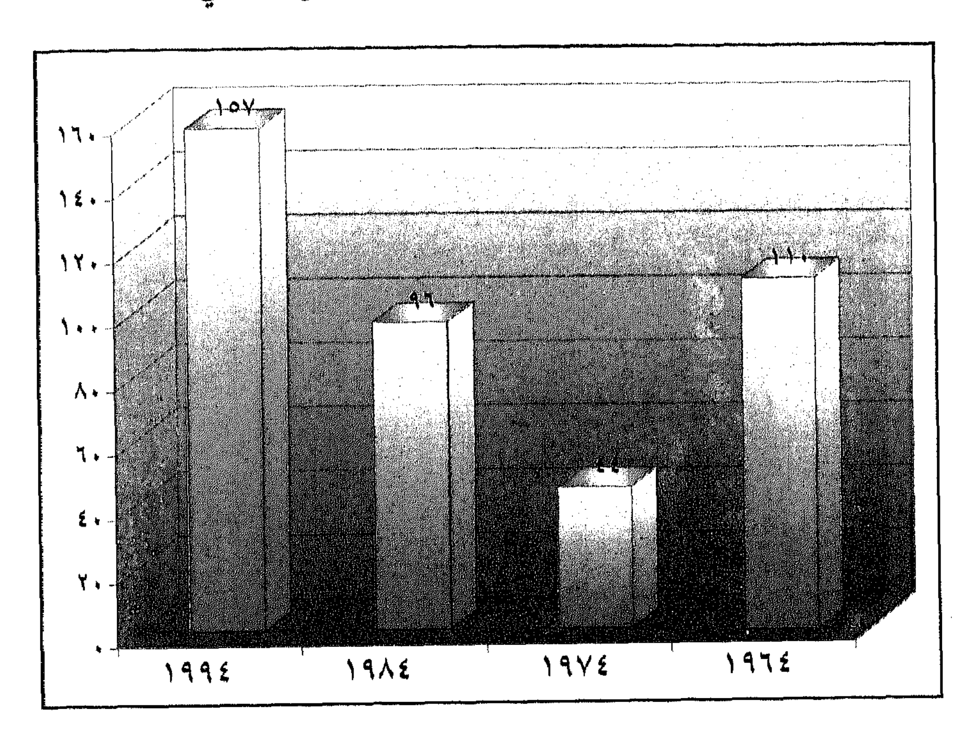
عن كتاب (٤٠ عاماً على إنشاء وزارة الشئون الاجتماعية (١٩٩٥)


المستفيدون من خدمات دار التأهيل الاجتماعي
٥٧
٣٠٣
٢٩٦
٤٠١
١٩٦٥
١٩٧٥
١٩٨٥
١٩٩٤


المستفيدون من خدمات دار رعاية المسنين
١٢٠
١٠٠
٨٠
٦٠
٤٠
٢٠
٠
١٩٥٥
١٩٦٥
١٩٧٥
١٩٨٥
١٩٩٤
٢٨
٦٥
٧٥
١١٩
١١٨


المستفيدون من خدمات دار رعاية المعاقين
٣٥٠
٣٠٠
٢٥٠
٢٠٠
١٥٠
١٠٠
٥٠
٠
٣١٦
١٨٥
٥٧
١٩٩٤
١٩٨٤
١٩٧٤

المستفيدون من خدمات مركز التأهيل المهني



من مطالعة الجدول رقم (٢) والأشكال البيانية التي تترجم أرقامه نلاحظ أن الوزارة بدأت تقديم خدماتها اعتباراً من سنة ١٩٥٥ في دار رعاية المسنين حيث بدأت برعاية ٢٨ شخصاً تزايدوا كل عام حتى وصلوا سنة ١٩٩٤ إلى ١١٨ شخصاً.

وفي سنة ١٩٦٠ أنشئ مركز التأهيل المهني للمعاقين وقبل ٩٢ فرداً تزايدوا كل عام إلى أن وصلوا سنة ١٩٩٤ إلى ١٥٧ فرداً.

وفي سنة ١٩٦٥ أنشئت دار التأهيل الاجتماعي وذلك لتقديم خدماتها الاجتماعية والنفسية لمن يحتاجها، وقد بدأ في تلك السنة بقبول ٥٧ فرداً تزايدوا مع الوقت إلى أن وصلوا سنة ١٩٩٤ إلى ٣٠٣ أفراد.

وفي سنة ١٩٧٤ أنشئت دار رعاية المعاقين وبدأت بسبعة وخمسين فرداً بدأوا يتزايدون إلى أن وصلوا سنة ١٩٩٤ إلى ٣١٦ فرداً.

مركز التدخل المبكر:

يتم تقديم نوع فريد من الخدمة المتخصصة له أهمية كبيرة هو التدخل المبكر للكشف عن الحالات المستهدفة للإعاقة وذلك من خلال برنامج (بورتج)، ونقدم فيما يلي فكرة موجزة عن هذا البرنامج كما تعرضه سبيكة الجاسر - عضو جمعية المعوقين، في مقالة لها بمجلة (المعوقون) (عدد ٣٣ نوفمبر سنة ١٩٦٦):

(البورتج) برنامج أمريكي تعليمي للتدخل المبكر بدأ العمل به سنة ١٩٦٩ وتم تطويره، والبرنامج يخدم الأطفال ذوي الإعاقات المختلفة مثل الإعاقات الجسمية ومتعددي الإعاقة والتخلف العقلي ومشاكل النطق وغيرها منذ الولادة إلى ٩ سنوات، ويطبق البرنامج في المنزل عن طريق مدربات يقمن بزيارات منزلية أسبوعية لتدريب الطفل والأم ويمكن أيضاً أن يتم التدريب في الفصول بالمراكز المتخصصة على أن تتابع الأم برنامج الطفل في المنزل حتى تشعره الأسرة باطمئنان وراحة نفسية أكبر، وقد أعطى هذا التدخل المبكر نتائجه وتأثيره الواضح في تعزيز إمكانات الأطفال المتخلفين ومساعدتهم في مواجهة صعوبات التعلم كما أن الدعم العائلي المنظم من شأنه أيضاً منع نشوء الحالات المتأزمة الطارئة كما يساعد على تلافي المشاكل التربوية المتعددة.

أهم أهداف البرنامج:

١ - تقديم الخدمة إلى أكبر عدد من الأطفال المعاقين وأسرهم.

٢ - الاكتشاف المبكر للإعاقة ونوعيتها من خلال إجراء التقييم للأطفال.

٣ - تقديم الخدمة إلى الأطفال صغار السن والأطفال الذين لا توجد أماكن لخدمتهم.

٤ - الوصول إلى الأطفال في أماكن سكنهم مهما بعدت، وحل مشكلة المواصلات التي يعاني منها كثير من أهالي الأطفال المعاقين.

٥ - التخفيف من مشكلة عدم قدرة المؤسسات على استيعاب جميع الأطفال المعاقين ومشكلة ارتفاع تكاليف رعايتهم في المؤسسات والمراكز المتخصصة.

٦ - تدريب كوادر متخصصة تخدم المعاقين من مدرسات ومتدربات وأفراد الأسرة.

أسلوب العمل:

يعتمد التدخل المبكر (برنامج البورتج) على نظام التحويلات المفتوحة، وتتم هذه التحويلات من قبل الآباء، وأخصائيي الأطفال وأخصائيي حالات النطق والأخصائيين النفسيين التربويين وغيرهم، حيث تتم دراسة الصعوبات السلوكية والمعوقات الحسية وعوامل التخلف في التطور ويتم إحالة الطفل إذا كان لديه تخلف في مهارتين في فترة ما قبل الدراسة.

ويتم مراقبة البرنامج في الفريق من قبل:

١ - أخصائي نفسي تربوي.

٢ - مشرف منزلي أول.

٣ - مشرفين منزليين.

بعد الإحالة يتم ترتيب زيارة مبدئية يقوم بها المشرف المنزلي الأول الذي يتأكد من ملاءمة البرنامج لحالة الطفل ثم يحدد للأسرة المشرف المنزلي المناسب للحالة.

تتم زيارة الأسرة أسبوعياً ويتم إعداد تقارير متابعة لتقديم المساعدات الأولية ويقوم المشرف المنزلي بعرض الاسلوب التعليمي المناسب مع تقديم الإرشادات والنصائح للوالدين وإعطاء التعليمات حول كيفية تعليم الطفل والتعامل معه ويتم تسجيل مستوى مهارة الطفل في بداية التعليم من كل أسبوع في كل زيارة، بحيث تتم متابعة التطورات أولاً بأول، لقياس مستوى تحسن الطفل، ويقوم كل المشرفين المنزليين بحضور اجتماعات نصف شهرية مع المشرف الأول او المشرف المسؤول لتداول الخبرات ومراجعة تطورات الحالات الفردية للأطفال وإتاحة الفرصة لمراجعة المعلومات وتطوير العمل، يساعدهم أخصائي نفسي تربوي يعمل كمشرف للفريق ويشارك في هذه الاجتماعات بشكل منتظم ويقوم بتقديم الإرشادات التخصصية للمحافظة على مستوى تقديم الخدمات وتحسينها، ويقوم المشرفون الأوائل أيضاً بمرافقة المشرفين المنزليين في عملهم، وذلك من خلال برنامج زيارات مشتركة لتحقيق التواصل والانسجام في عمل الفرق المتعددة للاستفادة من تبادل الخبرات.

وتشكل لجان استشارية فنية لتقديم المساعدة لفرق العمل وتقوم هذه اللجان بعقد اجتماعات دورية وتتألف من:

١ - المشرف الأول.

٢ - آباء الحالات.

٣ - مسؤول المدرسة (ناظر المدرسة).

٤ - الأخصائي النفسي أو الاجتماعي.

الصفات التي يجب أن تتوافر في المشرفين المنزليين:

أن تكون لديهم القدرة على أن يكونوا لطفاء إيجابيين متعاطفين، حساسين، ويتميزون بالمرونة وسرعة التكيف والجرأة في تعديل وتطبيق الطرق التعليمية بما يتناسب مع إمكانات الآباء والظروف المنزلية. والمشرفون التربويون يعملون جنباً إلى جنب مع زملائهم المتخصصين ويجب ان يكون المشرفون المنزليون قد تلقوا التدريب الكافي من خلال البرامج والدورات المعدة لهذا الغرض حتى تتحقق النتائج المرجوة من خلال المتابعة الواعية وحسن التوجيه.

ثالثاً: وزارة الصحة:

تقوم وزارة الصحة بتقديم خدماتها الطبية والنفسية من خلال المستشفيات والمراكز المتخصصة، وقد تم الحصول على عدد من الوثائق العلمية من وزارة الصحة من كل من:

- مركز الأمراض الوراثية بمستشفى الصباح.

- وحدة الخدمة النفسية الإكلينيكية بمستشفى الطب النفسي.

والخدمات المقدمة لذوي الأمراض الوراثية متنوعة، ونقدم فيما

يلي إحصائية لذوي هذه الأمراض في دولة الكويت والتي يتضح منها أن حجماً هائلاً من الرعاية مطلوب تقديمه لفئات هذه الأمراض:

جدول رقم (٣)

م	الحالات	العدد
١	تخلف عقلي وشلل دماغي	٣٦٤٦ حالة
٢	متلازمة داون	١٤٣٦ حالة
٣	أمراض إعاقات حركية	٢٤٨ حالة
٤	أمراض أحادية التوريث	١٧٤ حالة
٥	التوحد	١٥٠ حالة
٦	قصر القامة	١٢١ حالة
٧	تشوهات خلقية متعددة	١٢٠ حالة
٨	حالة إجهاض متكرر	١٠٩ حالة
٩	عقم نتيجة غياب طمث أولي	١٠٧ حالة
١٠	عقم	٦١ حالة
١١	وهن عضلي وراثي	٨٠ حالة
١٢	ضعف السمع الوراثي	٧٦ حالة
١٣	ضعف الإبصار الوراثي	٢٣٤ حالة
١٤	تشوهات الأنبوبة العصبية	٤٧ حالة
١٥	أمراض الدم الوراثية	٢٦٠ حالة
١٦	أمراض وراثية أخرى ومتلازمات	١٥٠٦ حالة
المجموع		٨٣٧٥ حالة

ويشير تقرير مركز الأمراض الوراثية (د. صديقة العوضي) إلى أن هناك ٥٦ عيادة وراثة بدولة الكويت تقدم خدماتها للمحتاجين إليها من ذوي الأمراض أو الإعاقات المشار إليها في الجدول رقم (٣) وذلك من الناحية الطبية.

وهناك أيضاً خدمات نفسية توفرها وحدة الخدمة النفسية الإكلينيكية بمستشفى الطب النفسي (د. بثينة مقهوي ١٩٩٧) والمتمثلة فيما يلي:

١ - إجراء المقابلات النفسية الإكلينيكية للوالدين.
٢ - تطبيق المقاييس النفسية المطلوبة في مجال الذكاء والسلوك التوافقي.
٣ - إجراء الملاحظات المقننة لملاحظة سلوك المعاقين من خلال ملاحظين مدربين ومن خلال الوالدين أيضاً.
٤ - التشخيص والعلاج والإرشاد النفسي سواء بالنسبة للمعاقين أو بالنسبة لذويهم (من تقرير أعدته د. بثينة مقهوي - يولية سنة ١٩٩٧).

رابعاً: المؤسسات الأهلية «جمعيات النفع العام»:

الخدمات النفسية والاجتماعية غير الطبية التي تقدمها الحكومة لفئات المعاقين ليست هي وحدها كل الخدمات التي تقدم في دولة الكويت، فهناك الجمعيات والمؤسسات المتنوعة (جمعيات النفع العام) التي تنهض بتقديم الخدمات لتلك الفئات، والتي تتمثل فيما يلي:

١ - الجمعية الكويتية لرعاية المعاقين.
٢ - جمعية الصم والبكم.
٣ - جمعية المكفوفين.

وربما كان من الضروري تقديم كلمة موجزة عن نموذج له أهمية في مجال الخدمة التطوعية لرعاية المعاقين والمتمثل في الجمعية الكويتية لرعاية المعاقين:

الجمعية الكويتية لرعاية المعاقين:

تعتبر الجمعية الكويتية لرعاية المعاقين من الجمعيات النشطة في

تقديم خدماتها لأصحاب الإعاقات، والتي تعتمد على الجهود الذاتية في التمويل وفي إدارة شؤونها، وقد قامت الجمعية خلال عام ١٩٩٥ باستقبال وفحص ٨٩ حالة مع تقديم الرعاية النفسية والاجتماعية والطبية والمالية لهم ولذويهم ممن يحتاجون إلى تلقي تلك الأنماط من الرعاية.

ويتم تقديم الرعاية لهم من خلال أخصائيين مدربين، وتشرف على تقديم هذه الخدمات لجنة خاصة عقدت سنة ١٩٩٦ ستة عشر اجتماعاً تم فيها مناقشة ظروف كل حالة مع اتخاذ القرارات وتقديم التوصيات المتعلقة بالرعاية واتخاذ ما يلزم من إجراءت سواء بالاستمرار أو التمويل أو التوقف أو غير ذلك من إجراءات تقتضيها ظروف كل حالة على حدة.

(مجلة المعوقون العدد (٣٢) سنة ١٩٩٧)

والنموذج الذي تمثله الجمعية الكويتية كمؤسسة أهلية (من جمعيات النفع العام) يستحق التنويه والإشارة، على أساس أن هذه الجمعية تعد نموذجاً يحتذى في الأسلوب والمنهج الذي تتبعه، ولديها جهاز استشاري متخصص يقدم إسهاماته بشكل تطوعي، كما أن بها عدداً من اللجان الفنية المتخصصة والتي تقوم - كل في مجال اهتمامه - بتقديم الخبرة المطلوبة، ثم إن اللجنة تستضيف أحياناً خبراء متخصصين من خارج الكويت لتقديم المشورة الفنية أو التنويرية أو المساهمة بتقديم المحاضرات أو إجراء البحوث.

تنهض الجمعية أيضاً بدور إعلامي بارز من حيث إصدار النشرات والمطويات، ومجلة منتظمة تقدم العديد من المقالات والدراسات، سواء منها المعدة للإعلام والتنوير والتثقيف، أو التي تقدم الدراسات المتعمقة والتي تحمل فكراً جديداً يثري العمل في مجال الرعاية المتخصصة لفئات المعاقين.

الواقع الراهن
للخدمات المقدمة لرعاية المعاقين
في دولة الكويت أغسطس ١٩٩٧م

قامت الباحثة بتصميم استبانة للحصول على معلومات واقعية حديثة عن رعاية المعاقين في دولة الكويت تعبر عن الواقع الراهن وتشتمل الاستبانة على الأقسام التالية:

١ - بيانات أولية عن المؤسسة.
٢ - توصيف العاملين بالمؤسسة.
٣ - الخدمات التي تقدمها المؤسسة.
٤ - توصيف العاملين بالمؤسسة حسب الجهة.
٥ - توصيف المستفيدين من خدمات المؤسسة.

وقد تم عرض الاستبانة على استشاريين لإبداء الرأي في مدى كفاءتها وملاءمتها للهدف الذي صممت من أجله، وبعد التأكد من كفاءتها تم إرسالها إلى المؤسسات من أجل إستيفاء بياناتها، وذلك خلال النصف الأول من شهر أغسطس ١٩٩٧م(*).

تنوع الخدمات المقدمة للمعاقين:

تم تفريغ الاستبانة التي تم تصميمها وتوزيعها خلال شهر أغسطس ١٩٩٧م على الجهات التي تقدم خدمات لفئات المعاقين بدولة الكويت، وقد أسفر التفريغ الذي أجرته الباحثة عن معلومات على درجة كبيرة من الأهمية، نعرضها أولاً مجمعة في الجدول رقم (٣)، ثم نقدمها بعد ذلك مفصلة، كل مؤسسة على حدة.

(*) قام بالمعاونة في استيفاء وتجميع بيانات هذه الاستبانة كل من: أ. محمد البيلي وأ. وجدان الفضالي - من إدارة العلاقات العامة بوزارة التربية.

أولاً: وزارة التربية:

جدول رقم ٣

الموقف الراهن للرعاية المقدمة للمعاقين. إحصاء بتوزيع المستفيدين والقوى العاملة بالمؤسسات المعنية بتقديم الرعاية النفسية والإجتماعية للمعـاقين

(بالحكومة والمؤسسات الأهلية)

الجهـة / البيـان	مدارس التربية الخاصة	مركز التوحد	دور الرعاية الاجتماعية بوزارة الشئون	مركز التدخل المبكر	مركز الوراثة بمستشفى الصباح	مستشفى الطب النفسي	جمعية رعاية المعاقين	جمعية المكفوفين	نادي الصم والبكم
عـدد المستفيدين	١٧٥٦	١٥	٦٢١	٦٥	٥٨٧٠	٥٠٠	١٦٩٣	٢٣٩	٤٠٦
الأطبـاء	٦	-	١٩	١	١٢	٩	١٤	-	١
اخصـائي نفسي	١٧	١	١٥	٩	-	١١	٢	-	-
اخصـائي إجتماعي	٢٦	-	٢٥	٥	١	-	٣	-	-
مدربين/ مدرسين	٤١٠	١٢	-	-	٤	-	٤٩	-	٢
فئـات أخـرى	٣٢٧	١٠	٧٦٥	١٢	٣٢	٤	١٤٤	٥	٥
المجموع	٧٨٦	٢٣	٨٢٤	٢٧	٤٩	٢٤	٢١٢	٥	٨
النسبة	٢,٢٣٪	١,٥٣	,٧٦	٢,٤	١٢٠	٢٠,٨	٨	٤٧	٥٧,٥

ومن مطالعة بيانات هذا الجدول الشامل الذي يعد معبراً عن الموقف الراهن (أغسطس/ ٩٧) لواقع الخدمات المقدمة لفئات المعاقين نلاحظ ما يلي:

أ - عدد المستفيدين بمدارس التربية الخاصة ١٧٥٦ شخصاً يقوم على تقديم الخدمة لهذا العدد (٧٨٦) من العمالة الفنية والإدارية والخدمية أي بنسبة ٢,٢٣ وهي نسبة معقولة جداً.

ب - عدد المستفيدين من الخدمات المقدمة بمركز التوحد لعام ١٩٩٧م ٢٣ فرداً أي بنسبة ٦٥, أي أن كل فرد من المتخصصين يقدم خدمات لأقل من فرد بمعنى أن الطفل المتوحد يلقى رعاية أكبر من احتياجاته.

ثانياً: وزارة الشؤون الاجتماعية والعمل:

«جدول رقم ٥»

إحصاء بتوزيع المستفيدين والقوى العاملة بالمؤسسات المعنية بتقديم الرعاية النفسية والاجتماعية للمعاقين

(بوزارة الشؤون الاجتماعية والعمل)

البيـــان / الجهـــة	دور الرعاية الاجتماعية بوزارة الشئون	مركز التدخل المبكر
عدد المستفيدين	٦٢١	٦٥
الأطباء	١٩	١
أخصائي نفسي	١٥	٩
أخصائي اجتماعي	٢٥	٥
مدربين/ مدرسين	-	-
فئات أخرى	٧٦٥	١٢
المجموع	٨٢٤	٢٧
النسبة	,٧٦	٢,٤

أ - عدد المستفيدين بدور الرعاية الاجتماعية بوزارة الشؤون (٦٢١ شخصاً) يقوم على تقديم الخدمة لهذا العدد (٨٢٤) من العمالة الفنية والإدارية والخدمية أي بنسبة ٧٥٪ لكل فرد وهو معدل غاية في الارتفاع أي أن الذين يقدمون الخدمات أكثر من الذين يتلقونها.

ب - أما بالنسبة لمركز التدخل المبكر فالذين استفادوا من خدمات هذا المركز خلال عام ١٩٩٧م هم ٦٥ فرداً قدم لهم الخدمة ٢٧ شخصاً أي

بنسبة ١,٥٣ وهو معدل معقول، ومن الواضح أن الرعاية تعد رعاية مكثفة، علماً بأن هذا المركز ينهض بدور على درجة كبيرة من الأهمية، لأنه يقوم بدور (المونيتور - MONITOR) أي جهاز الرصد المبكر، والذي يساهم بشكل كبير في تقديم الرعاية المبكرة وهي رعاية وقائية تساهم في الوقت المناسب في منع أو تقليل حجم الإعاقة أو الضرر الذي يتعرض له الشخص.

ثالثاً: وزارة الصحة:

«جدول رقم ٦»

ويعرض الجدول الآتي إحصائية توضح توزيع المستفيدين والقوى العاملة بوزارة الصحة في تقديم الرعاية النفسية والاجتماعية للمعاقين

الجهة / البيان	مركز الوراثة بمستشفى الصباح	مستشفى الطب النفسي
عدد المستفيدين	٥٨٧٠	٥٠٠
الأطباء	١٢	٩
أخصائي نفسي	-	١١
أخصائي اجتماعي	١	-
مدربين/ مدرسين	-	-
فئات أخرى	٣٢	٤
المجموع	٤٥	٢٤
النسبة	١٢٠	٢٠,٨

**تقوم وزارة الصحة الكويتية بتقديم خدماتها إلى فئات المعوقين من خلال هاتين الجهتين الموضحتين بالجدول أعلاه على النحو التالي:

أ - **مركز الوراثة بمستشفى الصباح**: والخدمة فيه ليس فيها إقامة ولكنها خدمة خارجية ترددية، ومن ثم فإن حجم الخدمات كبير وهناك عبء كبير على القائمين بالخدمة بواقع ١٢ فرد لكل عامل.

ب - **مستشفى الطب النفسي**: وكما هو موضح بالإحصائية فإن الذين يتلقون الرعاية عن طريق هذه الجهة من المترددين وليسوا من المقيمين إقامة دائمة، فتعد خدمات عيادات خارجية، ومعدل تلقي الخدمات المقدمة معدل مرتفع بمعنى أن الأخصائي يخدم أكثر من ٢٠ شخصاً وهذا بالطبع على مدى عدة شهور.

*** رابعاً: المؤسسات الأهلية «جمعيات النفع العام»:**

«جدول رقم ٧»

ويعرض الجدول الآتي إحصائية توضح توزيع المستفيدين والقوى العاملة بجمعيات النفع العام في تقديم الرعاية النفسية والاجتماعية للمعاقين

البيان / الجهة	جمعية رعاية المعاقين	جمعية المكفوفين	نادي الصم والبكم
عدد المستفيدين	١٦٩٣	٢٣٩	٤٠٦
الأطباء	١٤	-	١
أخصائي نفسي	٢	-	-
أخصائي اجتماعي	٣	-	-
مدربين/ مدرسين	٤٩	-	٢
فئات أخرى	١٤٤	٥	٥
المجموع	٢١٢	٥	٨
النسبة	٨	٤٧	٥,٧٥

أ - **جمعية رعاية المعاقين**: يبرز الجدول أعلاه أن الذين تلقوا الرعاية من المعاقين عن طريقها ١٦٩٣ (خلال عام ١٩٩٧) والذين قدموا إليهم الخدمات ٢١٢ فرداً أي بنسبة ١ : ٨ أفراد أي أن كل متخصص قدم خدماته إلى ثمانية أفراد، وهو معدل معقول ومقبول لأن هؤلاء الأفراد

كما رأينا من قبل يتلقون الرعاية من خلال التردد النهاري على الجمعية.

ب - **جمعية المكفوفين**: تقوم جمعية المكفوفين بتقديم رعايتها إلى الأفراد المعاقين بكف البصر بأي درجة من درجاته، ويوجد (٥) خمسة أفراد فقط متطوعون يقومون على رعاية هؤلاء الأفراد الذين يصل عددهم إلى ٢١٩ شخصاً بواقع ١:٤١، ومن الواضح أن الخدمة التي تقدم إليهم محدودة، وربما كان السبب هو أن هؤلاء الأفراد المعاقين بكف البصر يتلقون الرعاية في جهات أخرى مهتمة بتقديم الخدمة الطبية والتأهيلية لهم سواء في مستشفيات وزارة الصحة أو في وزارة الشؤون الاجتماعية أو في مدارس وزارة التربية.

ج - **نادي الصم والبكم**: يتضح لنا من الجدول أن عدد المستفيدين من خدمات هذا النادي هم ٤٠٦ شخصاً من ذوي الإعاقات السمعية والنطقية يقوم على خدمتهم ٨ أفراد منهم طبيب واحد واثنان من المدربين و(٥) من الإداريين. . والنسبة ٠٧٥,: ١ وهي نسبة مرتفعة، ولكن يبدو أن هؤلاء الأفراد يتلقون خدمات أخرى مكثفة في جهات أخرى مثل وزارة الصحة ووزارة التربية ووزارة الشؤون الاجتماعية. .

وبشكل عام يمكن أن نقول بأن دولة الكويت بمؤسساتها الحكومية والأهلية تقوم على رعاية فئات المعاقين بجدية وإيجابية تتناسب كما ذكرنا في صدر هذه الدراسة مع أهمية المشكلة وطبيعة القضية التي نعتقد أن المسؤولين ينظرون إليها نظرة وقائية تنموية أكثر من النظر إليها نظرة علاجية، والفرق شاسع بين النظرتين فالنظرة الأولى تميل إلى أهمية تأهيل هؤلاء الأفراد لكي يعتمدوا على أنفسهم ويصبحوا قوة عمل منتجة في المجتمع، بينما النظرة العلاجية فقط تنظر إليهم نظرتها إلى مريض معتل غاية ما يطمح إليه هو التخلص من معاناته فحسب.

خاتمة:

من الاستعراض السابق للخدمات التي تقدم للمعاقين في دولة الكويت يتضح لنا عدد من الحقائق:

أولاً: أن هناك رعاية مكثفة ذات انتشار واضح على مستوى الدولة، وقد برز لنا أن حجم الخدمات المقدمة مثلاً في وزارة التربية يفوق حاجة المستهدفين بتقديم تلك الخدمات وذلك من خلال نسبة المدرسين إلى التلاميذ.

ثانياً: اتضح أيضاً من هذا التقويم أن هناك خدمات فنية تخصصية تقدم جنباً إلى جنب مع الخدمات التعليمية متمثلة في الرعاية النفسية والرعاية الاجتماعية، وهي خدمات تخصصية على مستوى راق يقوم بها أخصائيون واستشاريون مدربون.

ثالثاً: أن هناك خدمات تأهيلية تهدف إلى رفع الكفاية الأدائية لذوي الإعاقات ممن يحتاجون إلى تأهيل من أجل اكتساب الخبرات الفنية والمهنية التي تساعدهم على أن ينهضوا بأدوارهم، شأنهم شأن الأفراد العاديين في الحياة.

رابعاً: الرعاية المقدمة لفئات المعاقين لا تنهض بها الحكومة فحسب، بل إن هناك جهات متعددة تساهم في تقديم الخدمات المتنوعة لفئات المعاقين من بينها الجمعيات ذات النفع العام والتي ضربنا لها مثلاً بالجمعية الكويتية للمعاقين.

خامساً: جاء صدور قانون المعاقين لكي يقنن تقديم الخدمات وتقديم الرعاية للمعاقين باعتبارهم ذوي حق أصيل في الدولة وقد كفل لهم القانون أقصى درجات الرعاية والتأهيل والتشغيل.

المراجع

(١) أحمد العيد يونس ومصري عبدالحميد حنورة (١٩٩١) رعاية الطفل المعوق.

(٢) د. بثينة مقهوي (١٩٩٧) دليل عمل الأخصائي النفسي الأكلينيكي للتعامل مع الفئات الخاصة.

(٣) سبيكة الجاسر (١٩٩٦) التدخل المبكر، برنامج بورتج، مجلة المعوقون، العدد ٣٣.

(٤) سميرة السعد (١٩٩٦) التقرير السنوي الأول لتأسيس مركز التوحد.

(٥) صديقة العوضي - تقرير خاص عن الخدمات الطبية بمركز الأمراض الوراثية بمستشفى الصباح (١٩٩٧).

(٦) كمال إبراهيم مرسي (١٩٩٦) مرجع في علم التخلف العقلي، دار القلم، الكويت.

(٧) مكتب التربية العربي لدول الخليج (١٩٨٤) واقع مؤسسات رعاية المعوقين في الدول الأعضاء في مكتب التربية العربي لدول الخليج.

(٨) وزارة التربية، إدارة التخطيط - الإحصاء التربوي لعام ١٩٩٧م.

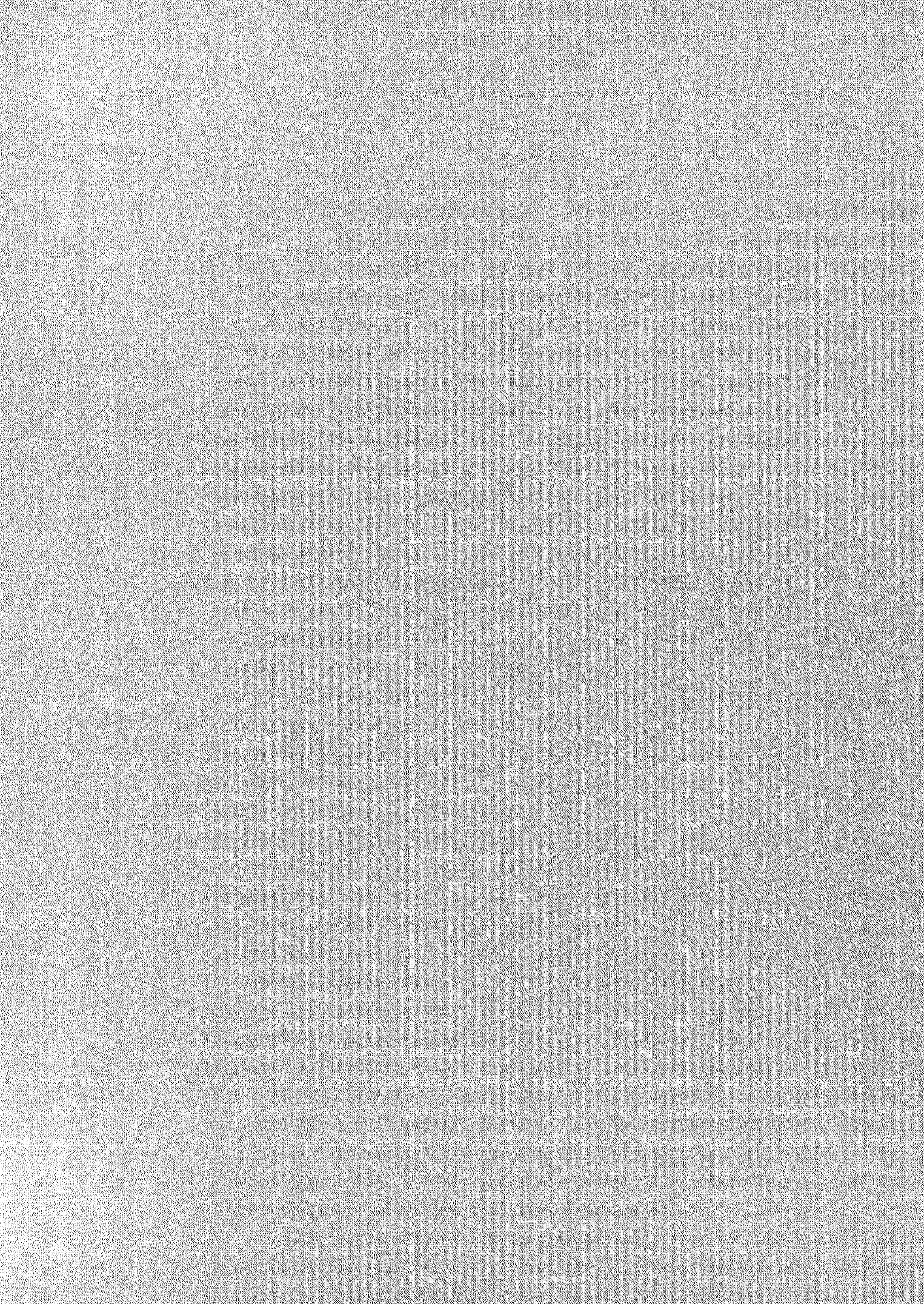
(٩) وزارة الشؤون الاجتماعية (٤٠ عاماً على إنشاء وزارة الشؤون الاجتماعية والعمل - (١٩٩٥).

(١٠) قانون المعاقين بدولة الكويت (١٩٩٦م).

الملاحق

ملحق رقم ١

الاستبانة



استبانة عن
الخدمات النفسية والاجتماعية والطبية
التي تقدم إلى فئات أصحاب الإعاقات
في دولة الكويت

أولًا: بيانات عن المؤسسة:

صفة الجهة: (أ) مدرسة (ب) معهد (ج) مؤسسة (د) جمعية (هـ) أخرى

اسم الجهة: ....

عنوانهـــا: ....

ثانياً: توظيف العاملين بالمؤسسة:

المــؤهل	النـــوع	الوظيفـــة			
		إداري	خبير/ استشاري	أخصائي	فني مساعد
مؤهلات عليا	ذكر				
	أنثى				
فوق المتوسط	ذكر				
	أنثى				
مؤهلات متوسطة	ذكر				
	أنثى				
تحت الوسط	ذكر				

ثالثاً: أنوع الخدمات المقدمة:

خدمات طبية ( ) خدمات اجتماعية ( ) خدمات نفسية ( )

خدمات تأهيلية طبية ( ) تدريب مهني ( ) تعليم: ثانوي ( )

متوسط ( )

ابتدائي ( )

رابعاً: توصيف العاملين حسب الجهة:

المهنـــة / الجنـــس	ذكور	إناث	المجموع
أخصائي نفسي			
أخصائي اجتماعي			
طبيب (ممارس عام)			
طبيب أخصائي			
مدرسون			
فنيون مساعدون			
إداريون			

خامساً: توصيف المستفيدين:

الإعاقة	الجنس	ذكور		إناث	
	الحالة	إقامة كاملة	تردد	إقامة كاملة	تردد
صمم	مقيم				
	خارجي				
بصر	مقيم				
	خارجي				
شلل	مقيم				
	خارجي				
تخلف عقلي	مقيم				
	خارجي				
توحد	مقيم				
	خارجي				
داون	مقيم				
	خارجي				
بطء تعلم	مقيم				
	خارجي				

«ملحق رقم ٢»

قانون المعاقين بالكويت

قانون رقم ٤٩ لسنة ١٩٩٦
بشأن رعاية المعاقين

بعد الاطلاع على الدستور.

وعلى القانون رقم ٤٢ لسنة ١٩٦٢ في شأن الأندية وجمعيات النفع العام.

وعلى القانون رقم ٣٨ لسنة ١٩٦٤ في شأن العمل في القطاع الأهلي.

وعلى القانون رقم ٢٨ لسنة ١٩٦٩ في شأن العمل في قطاع الأعمال النفطية.

وعلى الأمر الأميري بالقانون رقم ٦١ لسنة ١٩٧٦ بإصدار قانون التأمينات الاجتماعية والقوانين المعدلة له.

وعلى المرسوم بالقانون رقم ٤ لسنة ١٩٧٨ في شأن التعليم العام.

وعلى المرسوم بالقانون رقم ٢٢ لسنة ١٩٧٩ في شأن المساعدات العامة.

وعلى المرسوم بالقانون رقم ٤٢ لسنة ١٩٧٨ في شأن الهيئات الرياضية.

وعلى المرسوم بالقانون رقم ١٥ لسنة ١٩٧٩ في شأن الخدمة المدنية والقوانين المعدلة له.

وعلى المرسوم بالقانون رقم ١٣ لسنة ١٩٨٠م في شأن الجمارك.

وعلى المرسوم بالقانون رقم ٦٩ لسنة ١٩٨٠م بإصدار قانون معاشات ومكافآت التقاعد للعسكريين.

وعلى المرسوم بالقانون رقم ٧٠ لسنة ١٩٨٠ بشأن العسكريين الذين استفادوا من أحكام القانون رقم ٣١ لسنة ١٩٦٧.

وعلى المرسوم بالقانون رقم ١ لسنة ١٩٩٠ بمنح زيادة في العلاوات الاجتماعية والمعاشات التقاعدية والمساعدات العامة.

وعلى القانون رقم ٤٧ لسنة ١٩٩٣م بشأن الرعاية السكنية والقوانين المعدلة له.

وافق مجلس الأمة على القانون الآتي نصه. وقد صدقنا عليه وأصدرناه.

الفصل الأول
نطاق تطبيق القانون

(مادة ١)

في تطبيق أحكام هذا القانون يقصد بـ:

أ) المعاق: كل شخص غير قادر على أن يؤمن لنفسه كلياً أو جزئياً ما يؤمنه الشخص العادي لنفسه من ضروريات الحياة الطبيعية وذلك نتيجة عجز أو قصور في قدراته البدنية أو العضوية أو النفسية والذهنية.

ب) التأهيل: إعداد الشخص المعاق لتنمية قدراته عن طريق العلاج الطبي والأجهزة التعويضية والتعليم والتدريب المهني والعلاج بما يتناسب مع حالته.

جـ)اللجنة الطبية: الهيئة أو الجهة التي يحددها وزير الشؤون الاجتماعية والعمل.

د) المجلس الأعلى: المجلس الأعلى لشؤون المعاقين المنصوص عليه في المادة ١٦ من هذا القانون.

هـ) الوزير: وزير الشؤون الاجتماعية والعمل.

و) اللجنة التنفيذية: اللجنة المنصوص عليها في المادة (١٨) من هذا القانون.

ز) الجهة المختصة: وزارة الشؤون الاجتماعية والعمل.

(مادة ٢)

تسري أحكام هذا القانون على الأشخاص المعاقين الكويتيين ويجوز بقرار من الجهة المختصة سريان أحكامه على الأشخاص المعاقين من غير الكويتيين.

(مادة ٣)

تقدم الخدمات المنتظمة والمتكاملة والمستمرة للأشخاص المعاقين في المجالات الآتية:

١ - الطبية وتشمل الإرشاد الوراثي قبل الزواج وقبل الحمل والعلاج النفسي.

٢ - الاجتماعية.

٣ - التربوية والثقافية في جميع المراحل الدراسية بما يتناسب مع قدرات المعاق البدنية والعقلية.

٤ - الرياضية.

٥ - التأهيلية.

٦ - الإسكان.

٧ - المواصلات.

٨ - العمل والتشغيل.

ويجوز بقرار من الجهة المختصة بعد موافقة المجلس الأعلى استحداث مجالات أو إلغاء القائم منها بحسب الحاجة.

الفصل الثاني
حقوق الأشخاص المعاقين

(مادة ٤)

تؤمن الدولة للأشخاص المعاقين الخدمات العلاجية الطبية المستمرة بداخل البلاد أو خارجها عند الضرورة ،والخدمات الوقائية بصورة مناسبة وتعمل على الحد من أسباب الإعاقة خلال فترة الحمل وبعد الولادة.

ويحدد المجلس الأعلى بالتعاون مع الجهات المعنية الحالات التي تتطلب تقديم الرعاية للشخص المعاق في منزله.

(مادة ٥)

تؤمن الدولة مساكن للأشخاص المعاقين بمواصفات خاصة سواء كانوا أرباب أسر أو أبناء الذين تنطبق عليهم شروط التمتع بالسكن الحكومي وفقاً لأولوية معينة وبنسبة يصدر بها قرار من الوزير المختص بعد موافقة المؤسسة العامة للرعاية السكنية بالاتفاق مع المجلس الأعلى.

وعلى المؤسسة تنفيذ التعديلات التي تتطلبها حالة الشخص المعاق في حالة موافقة اللجنة التنفيذية عليها كلما أمكن ذلك.

(مادة ٦)

تعمل الدولة على توفير مراكز التأهيل والورش ودور الإيواء للحالات الضرورية للاشخاص المعاقين.

(مادة ٧)

تزاد العلاوة الاجتماعية المقررة قانوناً للأولاد بما يوازي نسبة (٥٠٪) من قيمتها الأصلية عن كل ولد من الأولاد المعاقين.

وتعاد تسوية المعاشات التقاعدية التي يستحق أصحابها هذه الزيادة على الأساس المشار إليه في الفقرة السابقة.

ولا تصرف فروق مالية عن الفترة السابقة على تاريخ العمل بهذا القانون.

(مادة ٨)

استثناء من أحكام القانون ونظام الخدمة المدنية المشار إليهما، تستحق الموظفة المعاقة إجازة خاصة بمرتب كامل لا تحسب من إجازاتها الأخرى إذا كانت حاملاً، وأوصت اللجنة الطبية بأن حالتها تتطلب ذلك.

(مادة ٩)

استثناء من أحكام قوانين التأمينات الاجتماعية ومعاشات العسكريين المشار إليها يستحق المؤمن عليه أو المستفيد الذي تقرر اللجنة الطبية أنه معاق معاشاً تقاعدياً إذا بلغت مدة الخدمة المحسوبة في المعاش ١٥ سنة على الأقل بالنسبة للذكور (١٠) سنوات بالنسبة للإناث ولم يستحقوا معاشاً وفقاً لأحكام القوانين المشار إليها،

ويحسب المعاش في هذه الحالة على أساس مدة الخدمة المذكورة أو خمس عشرة سنة أيهما أكبر.

(مادة ١٠)

يمنح الشخص المعاق العاجز عن العمل معاش إعاقة طبقاً للشروط والأوضاع التي يصدر بها قرار من المجلس الأعلى.

ولا يجوز الجمع بين هذا المعاش والمعاش المستحق طبقاً للمادة السابقة أو طبقاً لقوانين التامينات الاجتماعية أو معاشات العسكريين المشار إليها ويصرف للمعاق المعاش الأكبر.

(مادة ١١)

يجوز منح الأشخاص المعاقين الرخص التجارية والبسطات ولو كانوا ممن يحصلون على مساعدة اجتماعية، كما يجوز منحهم قرض الزواج من بنك التسليف والادخار حتى ولو كانت الزوجة غير كويتية.

(مادة ١٢)

على الجهات الحكومية المعنية التقيُّد بالمواصفات العالمية التي يحتاجها الأشخاص المعاقين في جميع الأماكن العامة التي يرتادونها وعلى الأخص المباني والطرق العامة والمساكن الحكومية. ومداخل الأسواق المركزية، ودور الترفيه، وحظائر وقوف السيارات. وغير ذلك من المرافق العامة.

وتضمن الدولة للأشخاص المعاقين تزويد وسائل المواصلات بكل ما يلزم لتسهيل حركتهم عند استعمالها.

(مادة ١٣)

تعفى من الرسوم والضرائب بأنواعها الأدوات والأجهزة التأهيلية

والتعويضية اللازمة للأشخاص المعوقين وتعمل الدولة على توفير هذه الأجهزة بأثمان مدعومة.

الفصل الثالث
التأهيل والاندماج في المجتمع

(مادة ١٤)

يصدر المجلس الأعلى بالاتفاق مع الجهة المختصة قراراً بشروط قبول الأشخاص المعاقين بمراكز التأهيل، وعلى الأخص من حيث مدة التأهيل والحالات التي يجوز فيها الإعفاء من كل أو بعض هذه الشروط.

(مادة ١٥)

تلتزم الجهات الحكومية والأهلية التي تستخدم خمسين عاملاً كويتياً على الأقل استخدام عددٍ من الأشخاص المعاقين المؤهلين مهنياً، بحيث لا يقل عددهم عن ٢٪ من مجموع العاملين الكويتيين لديها بناء على ترشيح مكاتب العمل وعليها تقديم بيان إلى المجلس الأعلى بعدد ونوع الوظائف أو الأعمال المسندة إليهم والأجر المستحق لكل منهم.

الفصل الرابع
المجلس الأعلى لشؤون المعاقين

(مادة ١٦)

يشكل المجلس الأعلى برئاسة وزير الشؤون الاجتماعية والعمل أو من ينيبه وعضوية كل من:

١ - وكيل وزارة الصحة أو من ينيبه.

٢ - وكيل وزارة التربية أو من ينيبه.

٣ - وكيل وزارة الشؤون الاجتماعية والعمل أو من ينيبه.

٤ - مدير عام المؤسسة العامة للتأمينات الاجتماعية أو من ينيبه.

وينضم لعضوية هذا المجلس ممثل واحد عن كل من جامعة الكويت والجمعية الكويتية لرعاية المعاقين وغرفة تجارة وصناعة الكويت وجمعية الصم والبكم وجمعية المكفوفين ونادي المعاقين.

(مادة ١٧)

يختص المجلس الأعلى برسم السياسة العامة لرعاية الأشخاص المعاقين وتأهيلهم ويتولى بصفة خاصة.

١ - إقرار السياسة العامة لرعاية الاشخاص المعاقين ومتابعة تقارير تنفيذها.

٢ - وضع القواعد الخاصة بتحديد الاحتياجات الأساسية لرعاية وتأهيل الأشخاص المعاقين.

٣ - وضع اللوائح وتحديد الإجراءات المتعلقة بتنفيذ التزامات الدولة المنصوص عليها في هذا القانون بشان الاشخاص المعاقين.

٤ - تشكيل اللجان اللازمة التي تتولى الدراسة والتنظيم والإعداد وتقديم الاقتراحات وأعمال المتابعة وتحديد اختصاصات هذه اللجان.

٥ - قبول المعونات والهبات غير المشروطة وتحديد أوجه صرفها.

٦ - وضع القواعد والنظم الخاصة بإدارة الأموال التي ترصد لشؤون الاشخاص المعاقين وتحديد أوجه استثمارها.

٧ - اقتراح القوانين المتعلقة برعاية وتأهيل الأشخاص المعاقين.

٨ - إقرار الخطة السنوية للمشاركة في المؤتمرات واللقاءات الدولية وتبادل الخبرات والمعلومات في مجال رعاية وتأهيل الأشخاص المعاقين.

(مادة ١٨)

تشكل بقرار من الوزير المختص بعد موافقة المجلس الأعلى لجنة تنفيذية تتكون من مدير يرشحه المجلس، ويختار المجلس من يراه مناسباً من الخبراء المختصين حسب طبيعة المهمة التي سيعهد بها إليه وثلاثة من الخبراء المختصين في مجالات رعاية وتأهيل الأشخاص المعاقين، وينظم القرار كيفية ممارسة اللجنة لاختصاصها ونظام العمل بها.

(مادة ١٩)

تكون للمجلس الأعلى ميزانية ملحقة بميزانية وزارة الشؤون الاجتماعية والعمل، ويضاف إلى الاعتمادات التي تخصصها الدولة فيها، ما يقبله المجلس من إعانات وهبات ووصايا وأي إيرادات أخرى يرى المجلس قبولها.

(مادة ٢٠)

يصدر الوزير المختص بعد موافقة المجلس الأعلى اللائحة الداخلية للمجلس لتنظيم سير العمل وممارسة الاختصاصات والأغلبية اللازمة لصحة انعقاده وصدور قراراته.

الباب الخامس
العقوبات

(مادة ٢١)

مع عدم الإخلال بأية عقوبة أشد ينص عليها قانون الجزاء أو أي قانون آخر يعاقب بغرامة لا تزيد على خمسمائة دينار صاحب العمل أو المسؤول عنه الذي يرفض دون عذر مقبول تشغيل الشخص المعاق الذي ترشحه الجهة المختصة للعمل لديه وفقاً لأحكام هذا القانون، وتعدد الغرامات بقدر عدد الأشخاص المعاقين الذين تقع في شأنهم المخالفة.

(مادة ٢٢)

يعاقب بالحبس مدة لا تجاوز سنة واحدة وبغرامة لا تجاوز ألف دينار أو بإحدى هاتين العقوبتين كل شخص يلزم برعاية أحد الأشخاص المعاقين أياً كان مصدر هذا الالتزام ويهمل في القيام بواجباته أو في اتخاذ ما يلزم لتنفيذ هذه الواجبات. وتكون العقوبة الحبس مدة لا تجاوز سنتين وبغرامة لا تجاوز ألفي دينار أو إحدى هاتين العقوبتين إذا ترتب على هذا الإهمال إلحاق ضرر بالشخص المعاق.

أما إذا نشأ عن ذلك وفاة الشخص المعاق تكون العقوبة الحبس مدة لا تجاوز ثلاث سنوات وبغرامة لا تجاوز ثلاثة آلاف دينار أو إحدى هاتين العقوبتين.

(مادة ٢٣)

يعهد إلى المؤسسة العامة للتأمينات الاجتماعية بتنفيذ أحكام

المعاشات المقررة بموجب هذا القانون ويسري في شأنها أحكام قانون التأمينات الاجتماعية فيما لم يرد بشأنه نص خاص.

(مادة ٢٤)

على الوزراء - كل فيما يخصه - تنفيذ هذا القانون.

أمير الكويت
جابر الأحمد الصباح

صدر بقصر بيان في: ١٦ ربيع الثاني ١٤١٧هـ
الموافق: ٣١ أغسطس ١٩٩٦م

المذكرة الإيضاحية
لمشروع القانون رقم (٤٩) لسنة ١٩٩٦م
في شأن رعاية الأشخاص المعاقين

ترعى الدولة النشء من أبنائها وتقيه الإهمال الأدبي والجسماني بحكم المادة العاشرة من الدستور. كما تكفل بنص المادة الحادية عشرة المعونة للمواطنين في حالة المرض أو العجز عن العمل. وتوفر لهم خدمات التأمين الاجتماعي والمعونة الاجتماعية والرعاية الصحية. وأولى الناس بهذه الرعاية الإنسانية هم المعاقون غير القادرين بسبب عجز خلقي مستمر أو طارئ، في قدراتهم الحسية والبدنية أو قصور قدراتهم وملكاتهم العقلية، ومن الأمثلة على ذلك حالات الصُم والبُكم والمكفوفين والمصابين في الأطراف والعمود الفقري، ممن يحتاجون إلى إعداد وتأهيل بالتعليم والتدريب والعلاج والأجهزة التعويضية.

وإذا كانت الدولة تعنى بهؤلاء، بوصفها مسؤولة عن أبنائها ورعايتهم والأخذ بأيديهم، فقد آن الأوان لتنظيم الرعاية الواجبة لهذه الفئة من المواطنين من ذوي الاحتياجات الخاصة بتشريع يكفل تحقيقها على أمثل وجه بنصوص محددة.

من ذلك رُئيَ إعداد هذا القانون وقد تضمنت المادة الأولى منه تعريف بعض المصطلحات التي ترددت فيه منعاً للبس، وإبرازاً للمعنى المقصود.

وحددت المادة (٢) نطاق تطبيق القانون من حيث الأشخاص فنصت على أن تسري أحكام هذا القانون على الأشخاص المعاقين، ويجوز بقرار من الجهة المختصة سريان أحكامه على الأشخاص المعاقين المقيمين من غير الكويتيين.

وينبغي الإشارة إلى أن القانون أكد على الجانب الشخصي والإنساني للمعاقين، فحرص على وصف المعاق أو المعاقين، بالشخص أو الأشخاص المعاقين، وهو في ذلك يعتنق ما ذهبت إليه التشريعات المقارنة. الحديثة في هذا الشأن.

وعددت المادة (٣) مجالات الخدمة التي تقدم للأشخاص المعاقين، فنصت على أن تقدم الخدمات المنتظمة والمتكاملة والمستمرة للأشخاص المعاقين في المجالات الآتية:

١ - الطبية وتشمل الإرشاد الوراثي قبل الزواج وقبل الحمل والعلاج النفسي.

٢ - الاجتماعية.

٣ - التربوية والثقافية في جميع المراحل الدراسية بما يتناسب مع قدرات المعاق البدنية والعقلية.

٤ - الرياضية.

٥ - التأهيلية.

٦ - الإسكان.

٧ - المواصلات.

٨ - العمل والتشغيل.

ويجوز بقرار من الجهة المختصة موافقة المجلس الأعلى استحداث مجالات أو إلغاء القائم منها بحسب الحاجة.

ونصت المادة (٤) على أن تؤمن الدولة للأشخاص المعاقين الخدمات العلاجية الطبية المستمرة بداخل البلاد أو خارجها عند الضرورة، والخدمات الوقائية بصورة مناسبة وتعمل على الحد من أسباب الإعاقة خلال فترة الحمل وبعد الولادة.

ويحدد المجلس الأعلى بالتعاون مع الجهات المعنية الحالات التي تتطلب تقديم الرعاية للشخص المعاق في منزله.

وتناولت المادة (٥) الخدمات الإسكانية الواجب تقديمها لهذه الشريحة من المواطنين فنصت على أن تؤمن الدولة مساكن للأشخاص المعاقين بمواصفات خاصة سواء كانوا أرباب أسر أو ابناء الذين تنطبق عليهم شروط التمتع بالسكن الحكومي وفقاً لأولوية معينة وبنسبة يصدر بها قرار من الوزير المختص بعد موافقة المؤسسة العامة للرعاية السكنية بالاتفاق مع المجلس الأعلى.

وعلى المؤسسة تنفيذ التعديلات التي تتطلبها حالة الشخص المعاق في حالة موافقة اللجنة التنفيذية عليها ما أمكن ذلك.

وأشارت المادة (٦) إلى إلزام الدولة بأن تعمل على توفير مراكز التأهيل والورش ودور الإيواء للحالات الضرورية، للأشخاص المعاقين. وحرص القانون على مراعاة ما يتكبده مستحق العلاوة الاجتماعية للأولاد من نفقات لا يتكبدها غيره إذا كان لديه ولد معاق أو أكثر.

فنصت المادة (٧) على أن تزاد العلاوة الاجتماعية المقررة قانوناً للأولاد بما يوازي نسبة (٥٠٪) من قيمتها الأصلية عن كل ولد من الأولاد المعاقين.

وتعاد تسوية المعاشات التقاعدية التي يستحق أصحابها هذه الزيادة على الأساس المشار إليه في الفقرة السابقة.

ولا تُصرف فروق مالية عن الفترة السابقة على تاريخ العمل بهذا القانون.

نص القانون في المادة (٨) على أنه استثناء من أحكام قانون

الخدمة المدنية المشار إليها. تستحق الموظفة المعاقة إجازة خاصة بمرتب كامل لا تحسب من إجازاتها الأخرى إذا كانت حاملًا، وأوصت اللجنة الطبية بأن حالتها تتطلب ذلك.

واستمراراً للخطة التي ألزم القانون نفسه بها بمراعاة ظروف الأشخاص المعاقين.

نصت المادة (٩) على أنه استثناء من أحكام قوانين التأمينات الاجتماعية ومعاشات العسكريين المشار إليها يستحق المؤمن عليه أو المستفيد الذي تقرر اللجنة الطبية أنه معاق معاشاً تقاعدياً إذا بلغت مدة الخدمة المحسوبة في المعاش (١٥) سنة على الأقل بالنسبة للذكور و(١٠) سنوات بالنسبة للإناث. ولم يستحق معاشاً وفقاً لأحكام القوانين المشار إليها.

ويحسب المعاش في هذه الحالة على أساس مدة الخدمة المذكورة أو خمس عشرة سنة أيهما أكبر.

وحظرت المادة (١٠) الجمع بين معاش الإعاقة ومعاش العجز. فنصت على أن يمنح الشخص المعاق العاجز عن العمل معاش إعاقة طبقاً للشروط والأوضاع التي يصدر بها قرار من المجلس الأعلى.

ولا يجوز الجمع بين هذا المعاش والمعاش المستحق طبقاً للمادة السابقة، أو طبقاً لقوانين التأمينات الاجتماعية أو معاشات العسكريين المشار إليها، ويصرف للمعاق المعاش الأكبر.

وأكدت المادة (١١) حق الشخص المعاق في الحصول على ما يحصل عليه غيره فنصت على أنه يجوز منح الشخص المعاق الرخص التجارية والبسطات ولو كان ممن يحصلون على مساعدة اجتماعية، كما

يجوز منحه قرض الزواج من بنك التسليف والادخار ولو كانت الزوجة غير كويتية.

وألزمت المادة (١٢) الجهات الحكومية بالتقيد بالمواصفات العالمية التي يحتاجها الأشخاص المعاقين في جميع الأماكن العامة التي يرتادونها وعلى الأخص المباني العامة، والطرق العامة، والمساكن الحكومية، ومداخل الأسواق المركزية، ودور الترفيه، وأماكن إيواء السيارات، وغير ذلك من المرافق العامة.

وتضمن الدولة للأشخاص المعاقين تزويد وسائل المواصلات بكل ما يلزم لتسهيل حركتهم عند استعمالها.

وأوجبت المادة (١٣) إعفاء الأدوات والأجهزة التأهيلية والتعويضية اللازمة للأشخاص المعاقين حتى تتوفر تلك الأجهزة بأثمان مدعومة، فنصت على أن تعفى من الرسوم والضرائب بأنواعها الأدوات والأجهزة التأهيلية والتعويضية اللازمة للأشخاص المعوقين وتعمل الدولة على توفير هذه الأجهزة بأثمان مدعومة.

ونصت المادة (١٤) على أن يصدر المجلس الأعلى بالاتفاق مع الجهة المختصة قراراً بشروط قبول الأشخاص المعاقين بمراكز التأهيل، وعلى الأخص من حيث مدة التأهيل والحالات التي يجوز فيها الإعفاء من كل أو بعض هذه الشروط.

وأوجبت المادة (١٥) على الجهات الحكومية والأهلية توظيف أو استخدام نسبة من الأشخاص المعاقين، فنصت على أن تلتزم الجهات الحكومية الأهلية التي توظف أو تستخدم خمسين عاملاً كويتياً على الأقل بتوظيف او استخدام عددٍ من الأشخاص المعاقين المؤهلين مهنياً بحيث لا يقل عددهم عن ٢٪ من مجموع العاملين لديها بناء على ترشيح

مكاتب العمل. وعليها تقديم بيان إلى المجلس الأعلى بعدد ونوع الوظائف أو الأعمال المسندة إليهم والأجر المستحق لكل منهم.

ونص القانون على هيكل الجهاز الذي يتولى شؤون الأشخاص المعاقين وجعل على رأسه مجلساً أعلى ولجنة تنفيذية.

فنصت المادة (١٦) على أن يشكل المجلس الأعلى برئاسة وزير الشؤون الاجتماعية والعمل أو من ينوب عنه وعضوية كل من:

١ - وكيل وزارة الصحة أو من ينوب عنه.
٢ - وكيل وزارة التربية أو من ينوب عنه.
٣ - وكيل وزارة الشؤون الاجتماعية والعمل أو من ينوب عنه.
٤ - مدير عام المؤسسة العامة للتأمينات الاجتماعية أو من ينيبه.

وينضم لعضوية هذا المجلس ممثل واحد عن كل من جامعة الكويت والجمعية الكويتية لرعاية المعاقين وغرفة تجارة وصناعة الكويت وجمعية الصم والبُكم وجمعية المكفوفين ونادي المعوقين.

وعددت المادة (١٧) اختصاصات المجلس الأعلى.

وحددت المادة (١٨) شكل اللجنة التنفيذية وبالنسبة للموارد المالية اللازمة لشؤون الأشخاص المعاقين.

ونصت المادة (١٩) على أن يكون للمجلس الأعلى ميزانية ملحقة بميزانية وزارة الشؤون الاجتماعية والعمل. ويضاف إلى الاعتمادات التي تخصصها الدولة فيها، ما يقبله المجلس من إعانات وهبات ووصايا وأي إيرادات أخرى يرى المجلس قبولها.

وناط القانون بالوزير المختص إصدار اللائحة الداخلية للمجلس الأعلى بعد موافقة هذا المجلس فنص في المادة (٢٠) على أن يصدر الوزير المختص بعد موافقة المجلس الأعلى اللائحة الداخلية للمجلس

لتنظيم سير العمل وممارسة الاختصاصات والأغلبية اللازمة لصحة انعقاده وصدور قراراته.

ونصت المادتان (٢١ ، ٢٢) على الجزاء الذي يلحق كل من يرتكب أحد الأفعال المنصوص عليها في هذين النصين.

فنصت المادة (٢١) على عدم الإخلال بأية عقوبة أشد ينص عليها قانون الجزاء أو أي قانون آخر، يعاقب بغرامة لا تزيد على خمسمائة دينار صاحب العمل أو المسؤول عنه الذي يرفض دون عذر مقبول تشغيل الشخص المعاق الذي ترشحه الجهة المختصة للعمل لديه وفقاً لأحكام هذا القانون، وتعدد الغرامات بقدر عدد المعوقين الذين تقع في شأنهم المخالفة.

ونصت المادة (٢٢): يعاقب بالحبس مدة لا تجاوز سنة واحدة وبغرامة لا تجاوز ألف دينار أو بإحدى هاتين العقوبتين كل شخص يلزم برعاية أحد الأشخاص المعاقين أياً كان مصدر هذا الالتزام ويهمل في القيام بواجباته أو في اتخاذ ما يلزم لتنفيذ هذه الواجبات. وتكون العقوبة الحبس مدة لا تجاوز سنتين وبغرامة لا تجاوز ألفي دينار أو إحدى هاتين العقوبتين إذا ترتب على هذا الإهمال إلحاق ضرر بالشخص المعاق.

أما إذا نشأ عن ذلك وفاة الشخص المعاق تكون العقوبة الحبس مدة لا تجاوز ثلاث سنوات وبغرامة لا تجاوز ثلاثة آلاف دينار أو إحدى هاتين العقوبتين.

ونصت المادة (٢٣) على أن يعهد إلى المؤسسة العامة للتأمينات الاجتماعية بتنفيذ أحكام المعاشات المقررة بموجب أحكام هذا القانون، ويسري في شأنها أحكام قانون التأمينات الاجتماعية فيما لم يرد بشأنه نص خاص.

«ملحق رقم ٣»
صور من الاستبانات

استبنانة عن
الخدمات النفسية والاجتماعية والطبية
التي تقدم إلى فئات أصحاب الإعاقات
في دولة الكويت

أولًا: بيانات عن المؤسسة:

صفة الجهة: (أ) مدرسة (ب) معهد (ج) مؤسسة (د) جمعية (هـ) أخرى
اسم الجهة: إدارة مدارس التربية الخاصة - وزارة التربية.
عنوانها: ص.ب. ٤٤٠٠٦ حولي - الرمز البريدي 32055 الكويت.

ثانياً: توظيف العاملين بالمؤسسة:

المؤهل	النوع	الوظيفة			
		اداري	خبير/استشاري	أخصائي	فني مساعد
مؤهلات عليا	ذكر	٣١			
	أنثى	١٩			
فوق المتوسط	ذكر	٦٦		٢	
	أنثى	٤٧		٤١	
مؤهلات متوسطة	ذكر	٢			
	أنثى	٤			
تحت المتوسط	ذكر	٤			
	أنثى	٩			

ثالثاً: أنوع الخدمات المقدمة:

خدمات طبية (√) خدمات اجتماعية (√) خدمات نفسية (√)
خدمات تأهيلية طبية (√) تدريب مهني (√) تعليم: ثانوي (√)
متوسط (√)
ابتدائي (√)

رابعاً: توصيف العاملين حسب الجهة:

المهنـــة / الجنـــس	ذكور	إناث	المجموع
أخصائي نفسي	–	١٧	١٧
أخصائي اجتماعي	٢	٢٤	٢٦
طبيب (ممارس عام)	١	–	١
طبيب أخصائي	٤	١	٥
مدرسون	٢٢٥	١٨٥	٤١٠
فنيون مساعدون	٣٠	٣٥	٦٥
إداريون	١٢٠	١٤٢	٢٦٢

خامساً: توصيف المستفيدين:

الإعاقة	الجنس	ذكور		إناث	
	الحالة	إقامة كاملة	تردد	إقامة كاملة	تردد
صمم	مقيم	٤٣	–	٣	–
	خارجي	–	١٤٣	–	٨٠
بصر	مقيم	–	–	–	–
	خارجي	–	٣٦	–	٣٧
شلل	مقيم	٢	–	١	–
	خارجي	–	١٤٨	–	١٠٧
تخلف عقلي	مقيم	٣	–	–	–
	خارجي	–	٢٢٣	–	٢٠٩
توحد	مقيم	–	–	–	–
	خارجي	–	–	–	–
داون	مقيم	–	–	–	–
	خارجي	–	١٠٩	–	١٤٧
بطء تعلم	مقيم	–	–	–	–
	خارجي	–	–	–	–

استبنانة عن
الخدمات النفسية والاجتماعية والطبية
التي تقدم إلى فئات أصحاب الإعاقات
في دولة الكويت

أولًا: بيانات عن المؤسسة:

صفة الجهة: (أ) مدرسة (ب) معهد (ج) مؤسسة (د) جمعية (هـ) أخرى
اسم الجهة: مركز الكويت للتوحد.
عنوانهــــا: الروضة/ ص. ب. 33425 الكويت 13455 ت: 2540351 فاكس 2540247

ثانياً: توظيف العاملين بالمؤسسة:

المــؤهل	النــوع	الوظيفــة			
		إداري	خبير/ استشاري	أخصائي	فني مساعد
مؤهلات عليا	ذكر				
	أنثى			٢	
فوق المتوسط	ذكر				
	أنثى	٢		١٣	
مؤهلات متوسطة	ذكر				
	أنثى	٤			
تحت المتوسط	ذكر				
	أنثى				

ثالثاً: أنوع الخدمات المقدمة:

خدمات طبية ( ) خدمات اجتماعية (×) خدمات نفسية (×)
خدمات تأهيلية طبية ( ) تدريب مهني (×) تعليم: ثانوي ( )
متوسط ( )
إبتدائي (×)

رابعاً: توصيف العاملين حسب الجهة:

الجنس / المهنة	ذكور	إناث	المجموع
أخصائي نفسي		١	
أخصائي اجتماعي			
طبيب (ممارس عام)			
طبيب أخصائي			
مدرسون		١٢	
فنيون مساعدون		٤	
إداريون		٦	

خامساً: توصيف المستفيدين:

الإعاقة	الجنس	ذكور		إناث	
	الحالة	إقامة كاملة	تردد	إقامة كاملة	تردد
صمم	مقيم				
	خارجي				
بصر	مقيم				
	خارجي				
شلل	مقيم				
	خارجي				
تخلف عقلي	مقيم				
	خارجي				
توحد	مقيم				
	خارجي		١٣		٢
داون	مقيم				
	خارجي				
بطء تعلم	مقيم				
	خارجي				

استبنانة عن
الخدمات النفسية والاجتماعية والطبية
التي تقدم إلى فئات أصحاب الإعاقات
في دولة الكويت

أولًا: بيانات عن المؤسسة:

صفة الجهة: (أ) مدرسة (ب) معهد (ج) مؤسسة (د) جمعية (هـ) أخرى
اسم الجهة: إدارة الرعاية الاجتماعية للمعاقين (وزارة الشؤون الاجتماعية).
عنوانهـــا: الصليبخات/ مجمع دور الرعاية الاجتماعية (دوار الأمم المتحدة).

ثانياً: توظيف العاملين بالمؤسسة:

المــؤهل	النـــوع	الوظيفـــة			
		إداري	خبير/ استشاري	أخصائي	فني مساعد
مؤهلات عليا	ذكر	٤		١٢	٩
	أنثى	٢		٢٨	٧
فوق المتوسط	ذكر	١٣			
	أنثى	٢١			٣
مؤهلات متوسطة	ذكر	٣٠			١٠٨
	أنثى	٨٠			٥٢
تحت المتوسط	ذكر	٩٠			٥٤
	أنثى	١١٤			١٧٨

ثالثاً: أنوع الخدمات المقدمة:

خدمات طبية (√) خدمات اجتماعية (√) خدمات نفسية (√)
خدمات تأهيلية طبية (√) تدريب مهني (√) تعليم: ثانوي ( )
متوسط ( )
إبتدائي ( )

رابعاً: توصيف العاملين حسب الجهة:

الجنس / المهنة	ذكور	إناث	المجموع
أخصائي نفسي	٣	١٢	١٥
أخصائي اجتماعي	٩	١٦	٢٥
طبيب (ممارس عام)	٥	٥	١٠
طبيب أخصائي	٦	٣	٩
مدرسون	–	–	–
فنيون مساعدون	١٧١	٢٤٠	٤١١
إداريون	١٣٧	٢١٧	٣٥٤

خامساً: توصيف المستفيدين:

الإعاقة	الجنس	ذكور		إناث	
	الحالة	إقامة كاملة	تردد	إقامة كاملة	تردد
صمم	مقيم	٥٢			
	خارجي				
بصر	مقيم	١٠٥			
	خارجي				
شلل	مقيم	٣٦٩			
	خارجي				
تخلف عقلي	مقيم				
	خارجي				
توحد	مقيم	٨٠			
	خارجي				
داون	مقيم	١٥			
	خارجي				
بطء تعلم	مقيم				
	خارجي				

استبنانة عن
الخدمات النفسية والاجتماعية والطبية
التي تقدم إلى فئات أصحاب الإعاقات
في دولة الكويت

أولًا: بيانات عن المؤسسة:

صفة الجهة: (أ) مدرسة (ب) معهد (ج) مؤسسة (د) جمعية (هـ) أخرى
اسم الجهة: مركز التدخل المبكر للأطفال المعاقين
عنوانـهــــا: وزارة الشؤون الاجتماعية والعمل.

ثانياً: توظيف العاملين بالمؤسسة:

المــؤهل	النـــوع	الوظيفـــة			
		إداري	خبير/ استشاري	أخصائي	فني مساعد
مؤهلات عليا	ذكر	٢	١		
	أنثى			١٤	
فوق المتوسط	ذكر			٥	
	أنثى				
مؤهلات متوسطة	ذكر	٢			
	أنثى	٢			
تحت المتوسط	ذكر	٢			
	أنثى				

ثالثاً: أنوع الخدمات المقدمة:

خدمات طبية (√) خدمات اجتماعية (√) خدمات نفسية (√)
خدمات تأهيلية طبية (√) تدريب مهني (√) تعليم: ثانوي ( )
متوسط ( )
إبتدائي ( )

رابعاً: توصيف العاملين حسب الجهة:

الجنس / المهنة	ذكور	إناث	المجموع
أخصائي نفسي		٩	٩
أخصائي اجتماعي		٥	٥
طبيب (ممارس عام)	١		١
طبيب أخصائي			
مدرسون			
فنيون مساعدون			
إداريون	٣	٩	١٢

خامساً: توصيف المستفيدين:

الإعاقة	الجنس	ذكور		إناث	
	الحالة	إقامة كاملة	تردد	إقامة كاملة	تردد
صمم	مقيم				
	خارجي				
بصر	مقيم				
	خارجي				
شلل	مقيم		٣		٢
	خارجي				
تخلف عقلي	مقيم				
	خارجي		٣٠		٢٢
توحد	مقيم				
	خارجي				
داون	مقيم				
	خارجي		٤		٣
بطء تعلم	مقيم				
	خارجي				١

استبنانة عن
الخدمات النفسية والاجتماعية والطبية
التي تقدم إلى فئات أصحاب الإعاقات
في دولة الكويت

أولاً: بيانات عن المؤسسة:

صفة الجهة: (أ) مدرسة (ب) معهد (ج) مؤسسة (د) جمعية (هـ) أخرى
اسم الجهة: مركز الأمراض الوراثية (وزارة الصحة)
عنوانها: وزارة الصحة - مستشفى الولادة.

ثانياً: توظيف العاملين بالمؤسسة:

المؤهل	النوع	الوظيفة			
		إداري	خبير/ استشاري	أخصائي	فني مساعد
مؤهلات عليا	ذكر	١	١	٤	٥
	أنثى	٤	١	٦	١٧
فوق المتوسط	ذكر				
	أنثى	٣			
مؤهلات متوسطة	ذكر				
	أنثى	٣			
تحت المتوسط	ذكر				
	أنثى				

ثالثاً: أنوع الخدمات المقدمة:

خدمات طبية (√) خدمات اجتماعية ( ) خدمات نفسية ( )
خدمات تأهيلية طبية ( ) تدريب مهني ( ) تعليم: ثانوي ( )
متوسط ( )
إبتدائي ( )

رابعاً: توصيف العاملين حسب الجهة:

الجنس / المهنة	ذكور	إناث	المجموع
أخصائي نفسي			
أخصائي اجتماعي		١	١
طبيب (ممارس عام)			
طبيب أخصائي	٥	٧	١٢
مدرسون			
فنيون مساعدون	٥	١٧	٢٢
إداررون	١	٩	١٠

خامساً: توصيف المستفيدين:

الإعاقة	الجنس	ذكور		إناث	
	الحالة	إقامة كاملة	تردد	إقامة كاملة	تردد
صمم	مقيم				
	خارجي		٧٦		
بصر	مقيم				
	خارجي		٢٣٤		
شلل	مقيم				
	خارجي		٣٢٨		
تخلف عقلي	مقيم				
	خارجي		٣٦٤٦		
توحد	مقيم				
	خارجي		١٥٠		
داون	مقيم				
	خارجي		١٤٣٦		
بطء تعلم	مقيم				
	خارجي				

استبنانة عن
الخدمات النفسية والاجتماعية والطبية
التي تقدم إلى فئات أصحاب الإعاقات
في دولة الكويت

أولاً: بيانات عن المؤسسة:

صفة الجهة: (أ) مدرسة (ب) معهد (ج) مؤسسة (د) جمعية (هـ) أخرى
اسم الجهة: وحدة الخدمة النفسية الإكلينيكية.
عنوانهـــا: مستشفى الطب النفسي - وزارة الصحة.

ثانياً: توظيف العاملين بالمؤسسة:

المؤهل	النوع	الوظيفة			
		إداري	خبير/ استشاري	أخصائي	فني مساعد
مؤهلات عليا	ذكر		٢	٧	
	أنثى		٢	١١	
فوق المتوسط	ذكر				
	أنثى				
مؤهلات متوسطة	ذكر				
	أنثى				
تحت المتوسط	ذكر				
	أنثى				

ثالثاً: أنوع الخدمات المقدمة:

خدمات طبية ( ) خدمات اجتماعية ( ) خدمات نفسية ( )
خدمات تأهيلية طبية ( ) تدريب مهني ( ) تعليم: ثانوي ( )
متوسط ( )
إبتدائي (√)

رابعاً: توصيف العاملين حسب الجهة:

الجنس / المهنة	ذكور	إناث	المجموع
أخصائي نفسي	٩	١٣	٢٢
أخصائي اجتماعي			
طبيب (ممارس عام)			
طبيب أخصائي			
مدرسون			
فنيون مساعدون			
إداريون			

خامساً: توصيف المستفيدين:

الإعاقة	الجنس	ذكور		إناث	
	الحالة	إقامة كاملة	تردد	إقامة كاملة	تردد
صمم	مقيم				
	خارجي				
بصر	مقيم				
	خارجي				
شلل	مقيم				
	خارجي				
تخلف عقلي	مقيم				
	خارجي				
توحد	مقيم				
	خارجي				
داون	مقيم				
	خارجي				
بطء تعلم	مقيم				
	خارجي				

استبنانة عن
الخدمات النفسية والاجتماعية والطبية
التي تقدم إلى فئات أصحاب الإعاقات
في دولة الكويت

أولًا: بيانات عن المؤسسة:

صفة الجهة: (أ) مدرسة (ب) معهد (ج) مؤسسة (د) جمعية (هـ) أخرى
اسم الجهة: الجمعية الكويتية لرعاية المعاقين.
عنوانهـــا: حولي - شارع المغرب السريع.

ثانياً: توظيف العاملين بالمؤسسة:

المـؤهل	النـوع	الوظيفـة			
		إداري	خبير/استشاري	أخصائي	فني مساعد
مؤهلات عليا	ذكر	٥			
	أنثى	١	١	١٨	
فوق المتوسط	ذكر	٢			
	أنثى	١			٤٦
مؤهلات متوسطة	ذكر				
	أنثى	٧			٤٥
تحت المتوسط	ذكر	-			٤١
	أنثى				٤٥

ثالثاً: أنوع الخدمات المقدمة:

خدمات طبية (√) خدمات اجتماعية (√) خدمات نفسية (√)
خدمات تأهيلية طبية (√) تدريب مهني (√) تعليم: ثانوي ( )
متوسط ( )
إبتدائي (√)

رابعاً: توصيف العاملين حسب الجهة:

المهنـــة / الجنـــس	ذكور	إناث	المجموع
أخصائي نفسي	–	٢	٢
أخصائي اجتماعي	–	٣	٣
طبيب (ممارس عام)	–	–	–
طبيب أخصائي	–	١٣	١
مدرسون	–	٤٠	٤٠
فنيون مساعدون	٨٦	٥١	١٣٧
إداريون	١٥	١٥	٣٠

خامساً: توصيف المستفيدين:

الإعاقة	الجنس	ذكور		إناث	
	الحالة	إقامة كاملة	تردد	إقامة كاملة	تردد
صمم	مقيم				
	خارجي				
بصر	مقيم				
	خارجي				
شلل	مقيم	٣٠		٢٧	
	خارجي				
تخلف عقلي	مقيم	٣٥	٤١٤	٤١	٣٣٣
	خارجي				
توحد	مقيم				
	خارجي		٣٠		١٧
داون	مقيم		٤٠		٢٩
	خارجي				
بطء تعلم	مقيم				
	خارجي				

استبنانة عن
الخدمات النفسية والاجتماعية والطبية
التي تقدم إلى فئات أصحاب الإعاقات
في دولة الكويت

أولاً: بيانات عن المؤسسة:

صفة الجهة: (أ) مدرسة (ب) معهد (ج) مؤسسة (د) جمعية (هـ) أخرى
اسم الجهة: جمعية المكفوفين الكويتية.
عنوانهـــا: ميدان حولي - شارع حمود الناصر - ق١١ - م٥٥١٠ ت:٥٦٥٠٨١٧

ثانياً: توظيف العاملين بالمؤسسة:

المــؤهل	النــوع	الوظيفـــة			
		إداري	خبير/ استشاري	أخصائي	فني مساعد
مؤهلات عليا	ذكر		٢	٧	
	أنثى		٢	١١	
فوق المتوسط	ذكر				
	أنثى				
مؤهلات متوسطة	ذكر				
	أنثى				
تحت المتوسط	ذكر				
	أنثى				

ثالثاً: أنوع الخدمات المقدمة:

خدمات طبية ( ) خدمات اجتماعية (√) خدمات نفسية ( )
خدمات تأهيلية طبية ( ) تدريب مهني ( ) تعليم: ثانوي ( )
متوسط ( )
إبتدائي ( )

رابعاً: توصيف العاملين حسب الجهة:

المهنـــــة / الجنـــس	ذكور	إناث	المجموع
أخصائي نفسي			
أخصائي اجتماعي			
طبيب (ممارس عام)			
طبيب أخصائي			
مدرسون			
فنيون مساعدون			
إداريون			

خامساً: توصيف المستفيدين:

الإعاقة	الجنس	ذكور		إناث	
	الحالة	إقامة كاملة	تردد	إقامة كاملة	تردد
صمم	مقيم				
	خارجي				
بصر	مقيم		٢١١		
	خارجي		٢٨		
شلل	مقيم				
	خارجي				
تخلف عقلي	مقيم				
	خارجي				
توحد	مقيم				
	خارجي				
داون	مقيم				
	خارجي				
بطء تعلم	مقيم				
	خارجي				

استبنانة عن
الخدمات النفسية والاجتماعية والطبية
التي تقدم إلى فئات أصحاب الإعاقات
في دولة الكويت

أولًا: بيانات عن المؤسسة:

صفة الجهة: (أ) مدرسة (ب) معهد (ج) مؤسسة (د) جمعية (هـ) أخرى
اسم الجهة: نادي الصم الكويتي.
عنوانهـــا: الفيحاء - قطعة ٤ - شارع الرباط - ص.ب ٣٣١٤١ الروضة
رمز بريدي ٧١٤٥٢ - ت: ٢٥٦٣٢٠٤ - ٢٥٦٤٦٥٨

ثانياً: توظيف العاملين بالمؤسسة:

المـــؤهل	النـــوع	الوظيفـــة			
		إداري	خبير/ استشاري	أخصائي	فني مساعد
مؤهلات عليا	ذكر	٢	-	٣	-
	أنثى	-	-	-	-
فوق المتوسط	ذكر	٢	-	-	-
	أنثى	-	-	-	-
مؤهلات متوسطة	ذكر	-	-	-	-
	أنثى	-	-	-	-
تحت المتوسط	ذكر	-	-	-	١
	أنثى	-	-	-	-

ثالثاً: أنوع الخدمات المقدمة:

خدمات طبية ( ) خدمات اجتماعية ( ) خدمات نفسية ( )
خدمات تأهيلية طبية (-) تدريب مهني ( ) تعليم: ثانوي ( )
متوسط ( )
إبتدائي ( )

رابعاً: توصيف العاملين حسب الجهة:

الجنس / المهنة	ذكور	إناث	المجموع
أخصائي نفسي	–	–	–
أخصائي اجتماعي	–	–	–
طبيب (ممارس عام)	.....	.....	.....
طبيب أخصائي	١	.....	.....
مدرسون	٢	.....	.....
فنيون مساعدون	١	.....	.....
إداريون	٤	.....	.....

خامساً: توصيف المستفيدين:

الإعاقة	الجنس	ذكور		إناث	
	الحالة	إقامة كاملة	تردد	إقامة كاملة	تردد
صمم	مقيم	.....	٢٢٩	.....	٣٩
	خارجي	.....	١٢٢	.....	١٦
بصر	مقيم	.....	.....	.....	.....
	خارجي	.....	.....	.....	.....
شلل	مقيم	.....	.....	.....	.....
	خارجي	.....	.....	.....	.....
تخلف عقلي	مقيم	.....	.....	.....	.....
	خارجي	.....	.....	.....	.....
توحد	مقيم	.....	.....	.....	.....
	خارجي	.....	.....	.....	.....
داون	مقيم	.....	.....	.....	.....
	خارجي	.....	.....	.....	.....
بطء تعلم	مقيم	.....	.....	.....	.....
	خارجي	.....	.....	.....	.....

الرئيس الدكتور محمد هيثم الخياط: شكرا جزيلا للأستاذة دلال المشعان على هذه الجولة التي طوفت بنا فيها في المؤسسات المختلفة في دولة الكويت لرعاية المعوَّقين بشكل عام، ومرضى الصحة النفسية بشكل خاص، أو المرضى النفسيين بشكل خاص، والذي فهمنا منه أن هنالك قانونا للمعوقين، وهذا القانون يتلافى في كثير من جوانبه بعض الأمور المتعلقة بالمرضى النفسيين، وسوف ندع المناقشات لنهاية الجلسة إن شاء الله. المثال الثاني عن تشريعات الصحة النفسية في البلدان الإسلامية يقدمه (البروفسور أصلان زرابي) من إيران عن تشريعات الصحة النفسية في إيران. (بروفسور زرابي) تفضل.

الوثيقة الأساسية
التشريع المتعلق بالصحة النفسية في إيران
(التاريخ، والحاضر، ومسوّدة القانون الجديد)

الدكتور أصلان زَرابي

طبيب نفساني – طهران

جمهورية إيران الإسلامية

التشريع المتعلق بالصحة النفسي في إيران (التاريخ، والحاضر، ومسوّدة القانون الجديد)

الأستاذ الدكتور أصلان زَرابي

١ - تمهيد

لمفهوم العلة العقلية - بوصفه مرضاً - تاريخ طويل في إيران. فقبل ألف عام، كرّس الطبيب الفارسي المشهور، «ابن سينا»، في كتابه في الطب الذي وضعه بالعربية (القانون)، فصلاً للصحة النفسية. ومع إمكان استخدام الأدعية وبعض الخرافات في معالجة المرضى العقليين (أو النفسيين) في ذلك الزمان، فقد كان المريض العقلي يظل «مريضاً»، لا شخصاً ممسوساً من قِبَلِ الشيطان، يستحق المحاكمة والحرق.

وكذلك تَرِدُ، في كتاب «تاريخ يَزْد»، كلمة في وصف مبنى مستشفى يسمى «مجلس المجانين»، خاصة بالمرضى العقليين، مماثلة لعبارة: المرضى ذوي درجات الحرارة السريعة التغيّر "running temperature" patient في المستشفى.

ولم يكن في بلدان المشرق، مثل مصر، في مستشفى العباسية، وبغداد (العراق)، في مستشفى «النظامية»، حتى في الهند، مستشفى خصوصي للمرضى العقليين، وكانت معالجتهم تتضمن الموسيقى وبعض أنواع الأنشطة المتصلة بالعمل الاجتماعي.

وكان هناك، في أيام مملكة الأسرة الساسانية في إيران (قبل الإسلام)، في مدرسة الطب «بجنديسابور»، بعض التدريب المتعلق بالمرضى العقليين، وهكذا بدأ ظهور الأطباء المتخصصين في الطب النفساني الذي كان يطلق عليه "Ravan Pezeshk".

وهناك كتابات عن علة العقل في كتب الرازي Razeas، والأخافيني، والأهوازي، وابن سينا Aveiceena، والجرجاني. ويبدو أن الإسلام لا يعترض على اعتبار المصاب بالمرض العقلي، مريضاً.

٢ - التاريخ

ولكي يفهم المرء نظام العدالة الموضوع للمرضى العقليين في إيران ينبغي له الاطلاع على «الفقه» الذي يعدُّ بمثابة التشريع الديني في الإسلام، إذ يتناول أمور المال والعقود، والزواج، والبيّنات، والطلاق، ونحو ذلك.

وللمذهب الإيراني في الإسلام، وهو مذهب الشيعة، فقهه الخاص، ومنطقه الديني الكامل المتعلق بالحكمة في الإسلام. وفي هذا النظام يُنْظر إلى منطق تعاليم القرآن الكريم على أنها مسلَّمات وحقائق. أما معنى العدالة فيستند إلى «الأصول» (أي المبادئ). وعلى وجه العموم فإن المبادئ الأربعة المقبولة عند الشيعة لتأويل الشريعة هي: القرآن الكريم، والسنة، ومجلس رجال الدين (الإجماع)، وإِعْمال العقل، وهذه المبادئ تنطوي على موقف إيجابي حيال المريض عقلياً، كما يتضح فيما يلي:

٢ - ١ القرآن الكريم يُسْقط عن المريض عقلياً كل تكليف شرعي، ويطرح بعض الإشارات، أو الإيحاءات الهادفة إلى حماية المصابين بالذُّهان (أي المجانين) والمتخلفين عقلياً (أي السفهاء).

٢ - ٢ الحديث الشريف (السنَّة)، الذي يتألف من الأفعال المباشرة، والكلمات التي صدرت عن النبي محمد ﷺ، وعن اثني عشر إماماً من بعده. وكان يتم توارثها بالحديث الشفهي، ممثَّلًا في كتب في المذهب الشيعي، في أيام الإسلام الأولى. ويرتبط قبول الفعل أو الكلمة المنطوقة بإيمان راويها وشخصيته. ولكل نِحْلةٍ في الإسلام راويها، وينبغي تقييم معاييره (علم الرجال).

٢ - ٣ مجلس رجال الدين (الإجماع)، الذي يعني التأويل الذي يمارسه من حين إلى آخر كبار علماء الدين. وكانت مقدرة علماء الدين تَثْبُت عن طريق معرفتهم واستقامة أخلاقهم. ويتمتع عالم الدين بحق التأويل وتوجيه أتباعه. ولقادة الدين هؤلاء موقف إيجابي تجاه المرضى العقليين تمليه تعاليم الإسلام، وهم يعدون حماية مصالح المرضى العقليين جزءاً من واجبهم.

٢ - ٤ إعمال العقل (أو التفكير العقلاني)، الذي يعني، ببساطة، «الحكمة»، وهو يمثل الإيمان بأن كل تعاليم الدين يجب أن ترتكز على التفكير العقلاني.

وكان هذا النظام الخاص بالعدالة تجاه المرضى العقليين يمارس في الإسلام حتى عام ١٩٢٨. وقد تم استنباطه من قِبَل علماء الدين الذين كانوا يتولون نظام التشريع في ذلك الزمان.

٣ - نظام العدالة الجديد

تم إقرار القانون المدني الإيراني الجديد في ٨ أيار/ مايو ١٩٢٨ من قِبَل البرلمان، ولهذا القانون المدني جذوره التي تعود إلى التعاليم الإسلامية، كما كان الحقوقيون الإيرانيّون الذين تم تدريبهم في فرنسا وبلجيكا، متأثرين بنُظُم التشريع في هذين البلدين، فأدخلوا مفاهيم

جديدة في تشريعنا. ولم يكن يوجد في تلك الأيام تشريع يتصل بالصحة النفسية، ولكن القانون المدني، أو القوانين الأخرى ذات الصلة به، كانت تنظر في حقوق المرضى العقليين نظرة ملائمة، في الكثير من فصولها، سواء باستخدام التشريع الإسلامي، أم باستخدام المفاهيم الفرنسية. وعلى وجه العموم كان النظام العدلي القديم قد ألغي في عام ١٩٢٥، ولكن تأثير التشريع الديني والمقدَّس كان جلياً بارزاً في ذلك الزمن.

وفي هذا القانون وضعت مواد للشخص الفاقد للأهلية (المهجور)، وللإجراءات والتصرفات المتعلقة به، ولوصيته ووراثته.

ومن أجل ذلك، يرد ذكر مسؤوليات الوصي على المريض عقلياً في كل قانون جديد، ففي قانون ١٩٢٨ أصبح مسؤولا عن طلب البطاقة الشخصية للمريض عقلياً. وبعد عامين، أي في عام ١٩٣٠، أصبح من واجبه أن يقدِّم إلى المحكمة قائمة بممتلكات المريض عقلياً قبل تعيينه وصياً. وأصبح المدعي العام مسؤولاً عن السهر على مصالح المريض عقلياً.

وعلى وجه العموم، رأى القانون المدني، بموجب المادة ١٢٠٧، أن الأشخاص التالين يعتبرون فاقدين للأهلية، وحظر عليهم حيازة أموالهم، وممارسة حقوقهم المالية.

٣ - ١ الأطفال القُصَّر، أي أنَّ كل شخص لم يبلغ سن الرشد القانوني (١٨ عاماً) يعد شخصاً غير بالغ. وعلى كل حال، ففي حال ثبوت بلوغ شخصٍ ما سنَّ النضج، في المحكمة، بعد إتمامه سن الخامسة عشرة، يمكن تحرير هذا الشخص من الوصاية.

٣ - ٢ الشخص غير الناضج (أو غير البالغ) هو مَنْ لا تكون طريقته في التصرف بماله وحقوقه، متماشيةً مع العقل (المادة ١٢٠٨).

٣ - ٣ المجنون هو الشخص المريض عقلياً إلى الحد الذي يجعله غير قادر على حماية حقه، وغير قادر على التحلّي بسلوك وتصرُّف ملائمين في المجتمع، وعلى كل حال فالجنون، مهما كانت درجته، يستدعي عدم الأهلية (المادة ١٢١١).

هناك، في القانون المدني الجديد (الإسلامي) تغيير طفيف في السن، وهو أن سن النضج يعني سن البلوغ، الذي هو سن الخامسة عشرة القمرية للصبيان، وسن التاسعة القمرية للبنات، ولكن مازال من الضروري إثبات النضج أمام المحكمة (المادة الجديد ١٢١٠).

وبموجب المادة ١٢١٣، لا يستطيع المجنون الدائم، والمجنون الدوري - في حالة جنونه - أن يمارس أي تدخُّل، مهما كان نوعه، في أملاكه وفي حقوقه المالية، حتى مع إذن وصيّه. ولكن الأفعال الدالة على الحكمة والتبصُّر، التي تصدر عن مجنون دوريّ، خلال فترة تمتعه بالصحة، تكون مُلْزِمة بشرط إثبات تمتعه بالصحة. ولكن القاصر المميز يستطيع حيازة المال الذي يأتيه بدون مقابل، مثل قبوله الهدية، أو التنازل المجاني، أو المال الذي لا يدّعي ملكيته أحد (حيازة ومباهاة).

المادة ١٢١٦، في حالة تسبُّب الطفل القاصر، أو الشخص المجنون أو غير الناضج، بخسارة أو تلف يلحق بشخص آخر، ينبغي أن يعد ضامناً لتلك الخسارة.

المادة ١١٢٥، الجنون والعجز الجنسي ينشأ عنهما حقُّ الزوجة في إلغاء الزواج حتى إذا طرأ هذان بعد تاريخ الزواج.

وقد تم قبول كل المواد المذكورة آنفاً في القانون المدني الجديد (١٩٩٢) باستثناء تغيير في المادة ١٢١٠، ولما كان الكثير من المواد

يرجع إلى أصول إسلامية، فقد ظلت هذه المواد من دون تغيير واحتفظت بذات الأرقام التي كانت لها في القانون المدني القديم.

٤ - الحالة الراهنة

لقد قامت الثورة الإسلامية (عام ١٩٧٩) بإلغاء كل القوانين التي تتعارض مع التعاليم الإسلامية. وعلى هذا، فقد تم إقرار القانون المدني الجديد في كانون الثاني/ يناير ١٩٩٢ لمدة خمسة أعوام، ثم أُقِرَّ قانون آخر سوف يستكمل في عام ١٩٩٧، وسيصبح كلا القانونين دائماً الآن.

وعلى وجه العموم ليس هناك تشريع خصوصي يتناول الصحة العقلية (أو النفسية) في الوقت الحاضر، في إيران، ولكن كل فصل من فصول القانون المدني (١٩٩٢ و١٩٩٧) وكل التشريعات الأخرى، من مدنية أو جنائية، تنظر في حق المريض العقلي على النحو الملائم.

أما إجراءات الإشهاد على مرض المريض عقلياً فتتم من قِبَل المحكمة، وتنص المادة ١٢١٠ من القانون المدني على أنه لا يمكن معاملة أحدٍ بعد البلوغ على أنه يعاني من العجز فيما يتعلق بالجنون (أي خلل القوى العقلية) المرتبط بعدم النضج ما لم يتم إثبات عدم نضجه أو جنونه.

أمّا الإشهاد على مرض المرضى فيمكن أن يطلبه فرد من أفراد العائلة، أو الشرطة أو أي شخص يهمه الأمر، من المدعي العام، وعلى هذا أن يطلب رأي خبير في المسألة (وتقوم بهذا الدور في العادة الدائرة القانونية في وزارة العدل)، ثم يحيله إلى المحكمة ويطلب تعيين الوصي.

وقد ذكرت المادة ١٢١٨ (من القانون المدني لعام ١٩٩٢) أن الوصي يُعيَّن للأشخاص التالية أوصافهم:

٤ - ١ للأطفال القُصَّر الذي ليس لهم «وصي خصوصي» (الأوصياء الخصوصيون هم: الأب والجد من جهة الأب، والوصي المعيَّن من قِبَل أحدهما، وهؤلاء يطلق عليهم اسم «الأوصياء الخصوصيين» الوارد ذكرهم في مادة الطفل رقم ١١٩٤)، ولا تعيَّن المحكمة مُسْتَعْهَداً (أو أميناً) مالياً ليعمل مع الوصي إلا إذا كان الوصي الطبيعي للطفل غير جدير بإدارة شؤون ممتلكات القاصر الموضوع تحت الوصاية، أو إذا كان يسيء تقدير أمور المال (المادة ١١٨٤). وفي حالة وجود دليل قوي يدل على عدم أمانة الوصي الطبيعي، يلتزم المدعي العام بأن يتقدم إلى المحكمة طالباً التحقيق في الأمر، وسيتصرف بموجب المادة ١١٨٤.

٤ - ٢ للشخص المجنون وغير الناضج الذي كان جنونه أو عدم نضجه تاليَيْن بصورة مباشرة لبلوغ سن النضج القانونية، والذي ليس له «وصي خصوصي».

٤ - ٣ للشخص المجنون وغير الناضج الذي لم يكن جنونه أو عدم نضجه تاليين لبلوغه سنَّ النضج القانونية مباشرة. وقد تم تحديد حق المريض في التخلي عن الوصاية في المادة ١٢٥٤.

ويستطيع الشخص الموضوع تحت الوصاية، أو أي شخص يهمه الأمر، أن يطلب رفع الوصاية. ويمكن رفع الطلب المتعلق بهذا الغرض إلى محكمة المنطقة التي يقيم فيها القاصر الموضوع تحت الوصاية، سواء على نحو مباشر أو عن طريق المدعي العام في المنطقة المذكورة، أو ممثِّله.

أما واجب المدعي العام تجاه المريض العقلي، عندئذ، وهو

الواجب المحدَّد بموجب المادة ١٢٢٣، فهو أن يحيل مسألة المجانين إلى الخبراء، وأن يرفع وجهة نظر الخبراء إلى المحكمة. وفي حالة ثبوت الجنون بقرار المحكمة فإن المدعي العام سيطلب تعيين الوصي. أمّا الأشخاص غير الناضجين، فيترتّب على المدعي العام، في حالتهم، الحصول على معلومات كافية حول عدم نضجهم عن طريق أناس يتمتعون بالاطلاع الحسن، وإيداع ملف لدى المحكمة يتضمن شهود المدعي وأتباعه. وفي حال ثبوت عدم النضج تعيِّن المحكمة وصياً.

وفي العادة يتم إدخال معظم المرضى في مستشفيات الأمراض العقلية إمّا بصورة طوعية، أو حسبما يُعرَف، كما تقرَّر، عام ١٩٧٦، في مؤتمر القاهرة، بأنه عدم الاحتجاج على الإدخال، أي أن المريض لم يكن هو البادئ بطلب الإدخال، ولكنه لم يعترض بصورة قانونية على إدخاله المستشفى، وفي كثير من الحالات يأتي به إلى المستشفى أحد أفراد عائلته أو يقنعه بالمجيء. وهذا النمط من المرضى يمكن أن يُخَرِّج نفسه بنفسه أو من قِبَل الطبيب النفساني، أو عن طريق أحد أقربائه. وفي بعض الحالات يمكن للطبيب النفساني أن يحيله إلى الدائرة القانونية في وزارة العدل لتزويده بشهادة خطية.

أمّا ما يتعلق بأملاك المريض فإن المدعي العام يلتزم بأن يطلب من المحكمة التحقيق في أمرها. وستقوم المحكمة بالتحقيق في الشكوى، وستعيِّن مُسْتَعهَداً (أو أميناً) ماليا، في حال ثبوت عدم الأمانة، من دون إذن هذا الشخص، ولن يكون في وسع الوصي الخصوصي اتخاذ أي قرار (المادة ١١٨٦).

وفي أي حالة يتّفق فيها أن يعلم المدعي العام، بأي طريقة من الطرق، بوجود شخص يجب تعيينُ وصي له، بموجب المادة ١٢١٨، سيترتَّب عليه إحالة المسألة إلى المحكمة، وأن يقدّم إلى المحكمة

أولئك الأشخاص الذين يراهم أهلًا للوصاية. وستعيِّن المحكمة شخصاً أو عدداً من الأشخاص، ليكونوا أوصياء، وتصدر قرار التعيين (المادة ١٢٢٢).

أمّا صيانة أملاك الأطفال القاصرين، والمجانين، والأشخاص غير الناضجين، والقيام بدور المناظِر تجاههم فيجب أن يُعْهَد بهما إلى إضبارة دعاوي المدعي العام مادام لم يعيّن لهم وصي بعد (المادة ١٢٢٤) (أصبح من الممكن مؤخراً، أن تتولى دائرة التأهيل في وزارة الصحة - بصورة مؤقتة - الإشراف على أملاك الأشخاص الموضوعين تحت رعايتها قبل تعيين الوصي).

وأمّا الواجبات والسلطة التي تم اكتسابها بحكم التقادم، وبمقتضى القوانين والتنظيمات ذات العلاقة بها، فيما يتعلق بتدخُّل المدعي العام، في المسائل التي تخص الأطفال القاصرين، والمجانين، والأشخاص غير الناضجين، على قدر ما تكون هذه المسائل باعثة للاهتمام في البلدان الأجنبية، فيُعْهَد بها إلى رعاية الموظفين التابعين للمستشار القانوني (المادة ١٢٢٩).

وأما حماية الشخص الموضوع تحت الوصاية، وكذلك تمثيله القانوني في كل المسائل المتصلة بأملاكه وحقوقه المالية، فيُعْهَد بها إلى الوصي (المادة ١٢٣٥).

٥ - الخاتمة

ونحن نرى في هذه المقالة الموجزة أن حق المرضى العقليين (المجانين وغير الناضجين) قد تم تنظيمه منذ عهد بعيد في البلدان الإسلامية. فقد صدر القانون الأول من أجل حق المرضى العقليين في فرنسا في عام ١٨١٠، ولكن ينبغي للمرء أن يتذكر أن تقييم كل قانون

ينبغي أن يُنظر إليه في ضوء المُعْتَقَد، وكذلك في ضوء الظروف الاقتصادية والثقافية الخاصة بكل مجتمع. وقد يجد المرء قانوناً من القوانين عادلاً وملائماً، ولكن لا بد أن ينطبق على وضع ذلك المجتمع على وجه الخصوص.

لقد كان مفهوم العدالة يرتبط على الدوام بحكم المجتمع، وهذا الحكم إنما هو مزيج من الحكمة ومن شيء آخر - إن لم يكن حكماً مسبقاً فهو على الأقل نوع من الاعتقاد القائم على العواطف والانفعالات.

وآمل أن ينطوي هذا الشرح الموجز عن المرضى العقليين في إيران على بعض المساعدة والتوجيه بصدد البنود المتعلقة بقانون الصحة النفسية الذي حدثت محاولات كثيرة لإخراجه في الماضي قانوناً يتلاءم مع ظروفنا. على أن مسألة الوصول إلى قانون كهذا، مسألة بالغة الحساسية بسبب التزامنا بالتعاليم الإسلامية، والتقاليد التشريعية ذات المدى الزمني البعيد، والتزامنا بضرورات العصر.

وأعتقد أن التمتع بمثل هذه التقاليد التشريعية البعيدة العهد في مجال المرضى العقليين في المجتمع، وإحراز التقدم في مجال تدبير شؤونهم، وكذلك في معالجة هؤلاء المرضى العقليين، يتطلب مزيداً من النظر في مفهوم المسؤولية المتناقصة، وزاويةَ نظرٍ جديدة من أجل معالجة هذا النوع من المرضى.

الرئيس الدكتور محمد هيثم الخياط: شكراً للدكتور زرابي على هذا العرض الذي أضاف إلينا بعدا جديدا عن كيفية تطبيق بعض المبادئ المتعلقة بالصحة النفسية والمرضى النفسانيين في بلد من البلدان الإسلامية، وأعتقد أن مزيدا من هذه التجارب يمكن أن تغني مناقشاتنا وأن توجهنا إلى حد ما في معرفة ما ينبغي أن نضعه من نصح

للحكومات التي تريد أن تضع أمثال هذه القوانين، لا سيما - وكما فهمنا من الدكتور زرابي - أن هنالك قانونا جديدا يُعد لتشريعات الصحة النفسية في إيران.

المتحدث التالي هو الدكتور مالك مبشر، والدكتور شقيل الرحمن، وسوف يتحدثان عن تشريعات الصحة النفسية في باكستان، الدكتور شقيل الرحمن تفضل.

«التشريعات اللازمة للوقاية من الأمراض النفسية وتعزيز الصحة النفسية»

الدكتور مالك حسين مبشر

مدير المركز المتعاون مع المنظمة للبحث والتدريب في مجال الصحة النفسية

بمعهد الطب النفسي في كلية طب روالبندي

روالبندي - باكستان

والدكتور شقيل الرحمن خان

المحامي بالمحكمة العليا - لاهور - باكستان

«التشريعات اللازمة للوقاية من الأمراض النفسية وتعزيز الصحة النفسية»

الدكتور مالك حسين مبشر

والدكتور شقيل الرحمن خان

١ - مقدمة

الصحة: هي حالة من اكتمال السلامة بدنياً وعقلياً واجتماعياً - وهي حالة تحرص عليها الإنسانية جمعاء، حتى أن الدستور في غالبية الدول، إن لم تكن جميعها، قد نص باعتبارها حقاً أساسياً من حقوق الإنسان. ومع ذلك، فإن مسؤولية الدولة في ضمان بلوغ هذه الحالة المنشودة، هي مسؤولية ضمنية أكثر منها مسؤولية صريحة.

ولما كانت الصحة النفسية جزءاً لا يتجزأ من الصحة بشكل عام، فقد تم إدراجها ضمن عناصر أسلوب الرعاية الصحية الأولية الذي يستهدف تنفيذ مبادرة المنظمة لتوفير الصحة للجميع في جميع أنحاء العالم.

ومع أنه يجري تنفيذ هذه المبادرة على صعيد العالم منذ ما يناهز عقدين من الزمان، إلا أن هنالك تبايناً كبيراً بين مختلف أقاليم المنظمة

فيما يتعلق بتنفيذ أنشطتها على وجه العموم، وأنشطة الصحة النفسية على وجه الخصوص.

ومع أن التشريع في مجال الصحة النفسية من أهم المجالات التشريعية، إلا أنه من المجالات الأكثر تعرضاً للإهمال، ولا سيما في البلدان النامية.

ويتأرجح الوضع في غالبية بلدان إقليم شرق المتوسط فيما يتعلق بتشريعات الصحة النفسية بين نقص هذه التشريعات، وعدم مسايرة ما هو قائم منها للمبادىء الاجتماعية الثقافية لهذه البلدان. وقد تعرقلت طويلاً الجهود المبذولة للوقاية من الأمراض النفسية، بسبب الشك في فعالية وجدوى التدابير المقترحة في هذا الصدد. وعليه، فلم تبذل سوى جهود قليلة جداً لتوفير الحماية التشريعية. وقد أسفرت هذه الجهود، في الحالات القليلة التي بذلت فيها، عن سن تشريعات وقائية غير كافية، ولا تفي بالغرض منها. وفي هذا الصدد، تُعَدُّ التشريعات التي تنظِّم المعالجة، والوصف الرشيد للأدوية النفسانية التأثير، مثالاً للوقاية الثالثة.

وتستهدف هذه الورقة إثارة القضايا المطلوب النظر فيها من قِبَل هذه المشاورة، مع التسليم التام بأن هذه القضايا لن تكون جميعها مهمة لكل بلدان إقليم شرق المتوسط، بل أن بعضها قد تختلف حوله الآراء، وقد يثير الكثير من المناقشات.

ونظراً لأن الغالبية العظمى من سكان الإقليم يدينون بالإسلام، فحري بنا أن نتذكر أن تعاليم الإسلام تولي أهمية كبرى لاكتساب المعارف، والقدرة على استخدام الحجج المنطقية، وأنها تحض المسلمين على الامتناع عن إتيان أي أفعال من شأنها أن تعرِّض ملكاتهم وقدراتهم للخطر.

ومن ثم، فإننا نضع نصب أعيننا المبادىء والتعاليم الإسلامية عند سنَّ التشريعات للوقاية من الأمراض النفسية وتعزيز الصحة النفسية، فسيكون ذلك على حساب مصداقيتنا.

٢ - القانون والمجتمع: مواكبة القانون للمجتمع، ومواكبة المجتمع للعصر

تتغير احتياجات المجتمع بتغيُّر الزمن، ولا بد أن يواكب القانون الاحتياجات والطلبات المستجدة للمجتمع. ونظراً لأن المعتقدات الدينية أو المبادىء الأخلاقية هي التي تشكِّل بناء المجتمع ونسيجه، فإن هذه المعتقدات أو المبادىء لا تصبح مصدراً لجميع القوانين فحسب، بل أيضاً أساساً لتطوير الدولة أو الأمة.

٣ - الصحة النفسية والتشريعات

يمكن تصنيف التشريعات التي تستهدف الوقاية من الأمراض النفسية، تصنيفاً عاماً على النحو التالي:

٣ - ١ القانون الدستوري.

٣ - ٢ تقرير السياسات

٣ - ٣ القوانين الصحية

٣ - ٤ القوانين الأسرية

٣ - ٥ القوانين البيئية

٣ - ٦ قوانين عامة ومتنوعة

٣ - ١ القانون الدستوري

هنالك حاجة إلى نصوص دستورية تنظِّم سنّ القوانين المتعلقة بالأنشطة الوقائية والتعزيزية في مجال الصحة النفسية.

٣ - ٢ تقرير السياسات

متى توافرت النصوص الدستورية، يجري تحديد المجالات ذات الأولوية التي يلزم أن يتم في إطارها صياغة السياسات الوطنية، وتحديد آليات تنفيذها.

وعند تقرير السياسات، يلزم إيلاء الاهتمام للمجالات التالية:

- التعليم.
- دور وسائل الإعلام.
- تنظيم النسل.
- سلامة الطرق.
- أنماط الحياة الإسلامية.

٣ - ٢ - ١ التعليم

من المعلوم والثابت على نطاق واسع أن التعليم هو المكوِّن الحيوي لأي أنشطة وقائية وتعزيزية (انظر ١، ٢)، لا سيما في مجال الصحة النفسية، حيث لا تزال المعتقدات الدينية والشعوذة تسيطر على أفكار كبيرة من السكان في الإقليم. علماً بأنه تتوافر قوانين تنص على إلزامية التعليم الابتدائي في العديد من بلدان الإقليم.

وعليه، ينبغي النص على إدراج الصحة النفسية ضمن مكوِّنات المناهج الدراسية بمراكز تدريب المدرسين، ومعاهد تدريب الموظفين

القضائيين، والعاملين المعنيين بإنفاذ القوانين، وذلك بالإضافة إلى سائر المناهج الدراسية.

٣ - ٢ - ٢ وسائل الإعلام

سُمِّي هذا العصر «عصر الاتصالات»، وهي تسمية صحيحة نظراً لاتساع مدى ونطاق وسائل الإعلام والاتصال. غير أن جزءاً كبيراً جداً من أنشطة وسائل الإعلام وأنبائها، يستهدف - مع الأسف - الإثارة لا التعليم والتثقيف. وفي ما يلي مثال على ذلك:

مع أن جميع المجتمعات تؤمن إيماناً راسخاً بحرية وسائل الإعلام، إلا أنه يلزم أن تقوم الجهة المنظِّمة لوسائل الإعلام المطبوعة والإلكترونية، بوضع بعض القواعد والقوانين التي تحول دون بث المعلومات التي يمكن أن يكون لها أثر مدمِّر على الصحة النفسية للناس.

٣ - ٢ - ٣ تنظيم النسل

لا يخفى أن زيادة السكان بلا ضوابط لا تؤدي إلى عواقب اقتصادية وخيمة فحسب، بل إن لها أيضاً عواقب صحية مثبتة وموثقة توثيقاً جيداً، سواء بالنسبة للأم أو الطفل أو المجتمع بأسره (انظر ٣). وغالباً ما يعزى عدم تقبُّل المجتمع لموانع الحمل إلى المعتقدات الدينية، على الرغم من تأييد الكثير من كبار علماء الدين، والمؤسسات الإسلامية البارزة لفكرة منع الحمل، واعتباره أسلوباً لا يتعارض مع المعتقدات الدينية. وعليه، يلزم تنفيذ سياسة منع الحمل تنفيذاً صارماً، واعتماد التدابير التشريعية اللازمة لدعم هذه السياسة، في ضوء الاحتياجات والموارد المحلية.

٣ - ٢ - ٤ سلامة الطرق

يُطَبَّق في جميع بلدان الإقليم عدد من القوانين المتعلقة بسلامة الطرق، والتي يتراوح ما تنص عليه بين الإلزام باستخدام أحزمة المقاعد، وبين حظر القيادة تحت تأثير المخدرات أو المسكرات. ولكن لا بد من تغيير مواقف الناس إزاء هذه القوانين التي سُنَّت لتأمين سلامتهم، وحثِّهم على اتباعهم، والالتزام بها.

٣ - ٢ - ٥ أنماط الحياة الإسلامية

كما سبق أن ذكرنا، فإن الغالبية العظمى لبلدان الإقليم تدين بالإسلام، وعليه، فحري بها أن تدرج التعاليم والمبادىء الإسلامية في القوانين التي تسنّها للوقاية من الأمراض النفسية وتعزيز الصحة النفسية. وفيما يلي بعض هذه التعاليم:

- ينص الإسلام على توخي الاعتدال والتوازن في جميع الأعمال والاهتمامات.

- يؤكد الإسلام على أهمية طلب العلم من أجل التمييز بين الغث والسمين، كما يدعو إلى عدم الالتزام الأعمى بالمعتقدات.

- يربط الإسلام بين حقوق الفرد ومسؤولياته إزاء أفراد الأسرة والمجتمع والدولة، من أجل تعزيز «التراحم والوئام».

- يحث الإسلام على العطاء والمشاركة.

ولا ريب أن مراعاة هذه المبادىء، عند سنّ التشريعات، يترتب عليها آثار بعيدة المدى على أنشطة الوقاية من الأمراض النفسية وتعزيز الصحة النفسية.

٤ - القوانين الصحية

تتوافر التشريعات المعنية بالصحة في جميع بلدان الإقليم. وقد صادقت هذه البلدان على الإعلان المتعلق بتوفير الصحة للجميع. غير أن هنالك بعض المجالات التي لا تزال بحاجة إلى الدعم بالتشريعات، ومن بين هذه المجالات ما يلي:

٤ - ١ الملح المُيَوْدَن

هنالك بيِّنات قوية على وجود علاقة بين اليود وبين تطور الملكات الذهنية عند الأطفال (انظر ٤)، ومن الضروري الإلزام بتوفير الملح الميودن لسكان المناطق التي تعاني عوز اليود.

٤ - ٢ مأمونية الجنس

لم تَعُدْ الإصابة بالإيدز مقتصرة على مناطق محددة في العالم، إذ يتزايد تحول هذه الإصابة إلى جائحة، ولا تتوافر في الوقت الراهن سوى تدابير وقائية لمواجهة هذا المرض الوبيل. لذلك، هنالك حاجة ملحة لإعداد برامج للتوعية من أجل التعريف بالعادات المأمونة لممارسة الجنس والوقاية من انتشار الإيدز.

ومن ناحية أخرى، أدى التغيُّر السريع في المرتسم (البروفيل) السكاني لبلدان الإقليم، إلى زيادة الضغوط على المؤسسات التقليدية المتمثلة في الأسرة والزواج.

ومن ثم، فمن الضروري توعية الشباب في هذا الصدد، لا سيَما فيما يتعلق بتجنب الحمل في مرحلة المراهقة، والأسر الأحادية الوالدية single partent، والأمراض المنقولة جنسياً. لما لكل ذلك من أثر موثق توثيقاً جيدا على الصحة النفسية.

٤ - ٣ معاقرة التبغ والمُسْكرات والمخدرات

٤ - ٣ - ١ التبغ

مع أن مخاطر التبغ معروفة جيداً، غير أنه قلما توجد قوانين تنظم بيعه أو الإعلان عنه، ولا يخفى أن هذا المجال من بين المجالات ذات الأولوية، التي يمكن لبلدان الإقليم أن تحتل فيها موضع الصدارة، عن طريق إصدار التشريعات التي تنظم تداول منتجات التبغ.

٤ - ٣ - ٢ المواد المسكرة والمخدرة

ينهى الإسلام عن معاقرة المسكرات والمخدرات، وتوجد في جميع بلدان الإقليم قوانين صارمة لإنفاذ التعاليم الإسلامية في هذا الصدد.

٤ - ٤ قواعد السلوك

لا بد، في ضوء التطورات السريعة التي تعتري مجال الصحة النفسية، من تنقيح قواعد السلوك المهني لجميع المهنيين الصحيين، ومساعديهم.

كما أن من الضروري أن يتم توعية مستهلكي الخدمات بحقوقهم ومسؤولياتهم، وكذلك بحقوق ومسؤوليات المهنيين الصحيين والطبيين. وتجدر الإشارة في هذا الصدد إلى قضية «الموافقة المستنيرة».

٤ - ٥ نقل الأعضاء والدم

تحول المعتقدات الدينية والمبادىء الاجتماعية الثقافية في الكثير من بلدان الإقليم دون التبرع بالأعضاء أو الدم. في حين أن الله عز وجل في قرآنه الكريم يقول: ﴿**ومن أحياها فكأنما أحيا الناس جميعاً**﴾.

وعليه، فإن الأمر يستلزم سنّ قوانين تتمثل فيها المعتقدات الدينية، والمبادىء الاجتماعية الثقافية، والمنجزات العلمية الحديثة.

ويجب الأخذ في الحسبان وجود أمراض مثل الإيدز والتهاب الكبد الوبائي واحتمالات الإصابة بهما. ومن ثم، لا بد أن توضح هذه القوانين أهلية المتبرعين بالأعضاء، أو الدم، والاختيارات المطلوبة، والتوعية اللازمة والمرافق العلاجية، والتوعية الوراثية للمتبرعين.

٤ - ٦ الإجهاض والتبني

إن القوانين التي تتناول هذه القضايا قليلية جدا في الوقت الراهن. ومن المعلوم جيدا أن هنالك بعض الأمراض التي تنتقل عن طريق الوراثة، مثل الإصابة برقص هنتنغتن Hontington's Chorea، ومتلازمة داوْن Down Syndrome، اللذين يمكن اكتشافهما في المراحل المبكرة من الحمل. لذلك ينبغي أن تكون هنالك نصوص قانونية تبيح الإجهاض في مثل هذه الحالات.

كذلك، ينبغي أن تكون القوانين المتعلقة بالإخصاب في الزجاج in vitro، باستخدام بُيوض ومني متبرع بهما، واضحة لتجنب إصابة الأسر المعنية بالصدمات العاطفية في المستقبل. كما ينبغي العمل على أن تكون النصوص المتعلقة بالتبني، في حالات عقم الأزواج، أكثر وضوحاً وتحديداً.

٥ - القوانين الأسرية

الأسرة هي اللبنة الأساسية للمجتمع، وانفصام عراها من شأنه أن يؤدي إلى نتائج مفجعة، لا سيما في مجال الصحة النفسية، وكما سبق أن ذكرنا، فإن الضغوط التي تتعرض لها الأسرة آخذة في الازدياد، ويلزم، إذا كما أردنا المحافظة عليها، النظر في القوانين الأسرية الحالية، والعمل على أن تتفق هذه القوانين مع العقيدة الإسلامية والأفكار الحديثة.

٥ - ١ الزواج

في ما يلي القضايا التي تتطلب اهتماما خاصا من أجل المحافظة على الأسرة.

٥ - ١ - ١ الإيجاب والقبول بين طرفي عقد الزواج.

٥ - ١ - ٢ سن الزواج.

٥ - ١ - ٣ زواج الأقارب.

٥ - ١ - ٤ الطلاق وحق المرأة في التطليق.

٥ - ١ - ٥ التعدد: إن النص الذي يبيح للرجل أن تكون له أكثر من زوجة، من بين القضايا الرئيسة التي تناولتها بشكل خاص، كل من الجماعات المعنية بحقوق الإنسان، وحقوق المرأة، وهذه الجماعات لا تدرك أن الشروط والالتزامات التي تفرض على الزوج في حالة التعدد، توفِّر ضمانات وفيرة لحقوق الزوجة أو الزوجات.

٥ - ١ - ٦ النفقة وإعالة المطلقة.

٥ - ١ - ٧ حضانة الأطفال ورؤيتهم.

٥ - ١ - ٨ الحقوق المدنية للأرمل والأرملة.

٥ - ٢ الإيذاء البدني والوجداني والجنسي للمرأة والطفل

هنالك حاجة ملحة لتوفير الحماية القانونية لضحايا هذا الإيذاء، وفي نفس الوقت، إقامة مراكز للتدخل في حالات الأزمات، تعني بهؤلاء الضحايا.

وفي هذا الصدد، ينبغي إيلاء اهتمام خاص لقضايا المهور، والتعذيب وما قد ينتج عنه من وفيات، وفي أمور يكثر حدوثها في بعض البلدان النامية.

٦ - القوانين البيئية

إن البيئة المادية تؤثر تأثيرا مؤكدا على الصحة النفسية للفرد. فالبيئة الصحية من شأنها أن تساعد على بلوغ الصحة البدنية والنفسية. وهنالك قوانين محددة تتناول هذه القضايا المهمة، ولكن اهتمامنا، في هذا المقام، ينصب بصفة رئيسة على القضيتين التاليتين:

٦ - ١ التخلص من الفضلات

ينبغي وضع وتنفيذ نظام مناسب ومعقول للتخلص من الفضلات. ولا بد أيضا من ضمان الأخذ بمبدأ تغريم الملوثين في جميع أنحاء العالم، وأن تنتشر المعرفة والتوعية بالقوانين والقواعد المعنية.

ومن بين الأمثلة التي تذكر في هذا المقام، التلوث الذي تسببه المعادن الثقيلة مثل الرصاص والزئبق، والتي تؤثر تأثيرا طويل الأمد على الصحة البدنية والنفسية للأطفال.

٦ - ٢ التلوث الضوضائي

يشكل هذا التلوث قضية مهمة لا سيما في البلدان النامية. ومع وجود بعض القوانين، والقليل من التشريعات التي تتناول هذه القضية، إلا أنها تمثل مشكلة كبيرة بسبب غياب الوعي الجماهيري، وقواعد السلوك الأخلاقي. ويستلزم الأمر بذل الجهود من قبل قطاعات عديدة للتصدي لهذه المشكلة.

٧ - قوانين عامة ومتنوعة

وتتناول هذه القوانين التشريعات المباشرة وغير المباشرة.

٧ - ١ دور المنظمات اللاحكومية

ينبغي إنشاء لجنة تتألف من عضو واحد من كل منظمة لا حكومية، على أن يقوم هؤلاء الأعضاء بالتشاور مع بعضهم البعض، ومناقشة الأنشطة التي ينفذونها، ولذلك لتلافي تعدد الجهود.

٧ - ٢ إقامة المراكز المختلفة وغيرها

يمكن أن يقوم كل من القطاع العام والخاص بدور مهم جدا في هذا الصدد، عن طريق إقامة مجموعة من المراكز لمساعدة الأشخاص المحتاجين إلى المساعدة الفورية فيما يتعلق بمشكلات الحياة اليومية. كما يمكن إقامة مراكز للتخلص من التوتر. حيث يجتمع الأشخاص الذين يعانون المشاكل المتصلة بالكرب والتوتر والأمراض النفسية البسيطة، تحت إشراف شخص مدرب، ويمكن استخدام المساجد لهذا الغرض، على غرار استخدامها في مصر للتوعية من مخاطر معاقرة المخدرات والمسكرات.

كذلك يمكن إقامة خلية لتنسيق المعلومات وتبادلها، داخل وزارات الصحة، من أجل تحسين خدمات الصحة النفسية.

ويمكن أيضا إقامة لجان وطنية في مختلف المستويات، بالمحافظات أو الولايات، من أجل التحقق من توافر خدمات الصحة النفسية، لا سيما لمحدودي الدخل، أو المعدمين.

٧ - ٣ القوانين المتعلقة بالدجالين من مدعي معالجة الأمراض

لا بد من التحقق من مستوى خدمات الصحة النفسية التي يتم توفيرها في القطاع الرسمي لتقديم الرعاية، كما يلزم، في نفس الوقت، تنفيذ قوانين تستهدف منع سوء مزاولة المهنة في القطاعات غير الرسمية التي تلجأ إليها نسبة كبيرة من السكان طلبا للرعاية،

وقد أظهرت الدراسات التي أجريت في العديد من المراكز حول مسارات المرضى أن ما يزيد على نصف عدد المرضى الذين يطلبون الرعاية الصحية الأولية في البلدان النامية، يمرون على القطاع غير الرسمي أولا قبل اللجوء إلى القطاع الرسمي.

٧ - ٤ الاختبارات الإجبارية للصحة النفسانية أو النفسية في حالات محاولة الانتحار أو الحالات المشابهة.

هذه القضية من بين القضايا المهملة، والتي ينبغي أن تصبح من بين مجالات العمل ذات الأولوية. ولكن لا بد من توفير الغطاء التشريعي لحماية الفرد والأسرة من المضايقات في هذا الصدد.

٧ - ٥ القانون المتعلق بالقضاء على البغاء والتسول.

٧ - ٦ القانون المتعلق بحرية ممارسة العقيدة الدينية.

٧ - ٧ قوانين العمل.

إن تعاريف قوانين العمل لا تشير على الإطلاق إلى الأمراض النفسية، ولا يكفي أن يتم تطبيق هذه القوانين تطبيقاً ضمنياً، بل ينبغي تعديل قوانين العمل بحيث تتناول هذا الجانب من جوانب الصحة العمومية.

٧ - ٨ تنظيم الحلقات الدراسية والمحاضرات في السجون

ينبغي تنظيم الحلقات الدراسية والمحاضرات في السجون، حتى يدرك المسجونون أنهم قد تنكبوا الطريق القويم، ويتسنى للمسئولين بذل الجهود اللازمة لإصلاحهم، ومن ثم، فلا بد من ضمان مشاركة المسجونين في هذه الحلقات والمحاضرات.

٧ - ٩ المساعدة القانونية المجانية

ينبغي تقديم هذه المساعدة إلى الأشخاص الذين ليس لديهم الموارد المالية اللازمة للحصول عليها.

٨ - المصاعب، والقيود، والاستراتيجيات اللازمة للتغلب عليها.

يمكن إصدار التشريعات الرامية إلى الوقاية من الأمراض النفسية وتعزيز الصحة النفسية، إذا أمكن التغلب على المشكلات التالية:

٨ - ١ غياب الالتزام السياسي

٨ - ٢ مواقف المهنيين

٨ - ٣ نقص التنسيق بين القطاعات

٨ - ٤ المصاعب المالية

يجب التأكيد على أن مجال الصحة النفسية من المجالات المهمة جدا، التي لا يمكن أن تقتصر مسؤوليتها على المهنيين وحدهم. فلا بد أن يسهم كل قطاع في تحقيق حلم الوقاية من الأمراض النفسية، وتعزيز الصحة النفسية.

أما عن مواقف المهنيين الذين قد يخشون تقلص دورهم العلاجي بعد التركيز على الوقاية، فيمكن تذكيرهم بالدور الذي يقوم به المهنيون في تنفيذ أنشطة البرنامج الموسع للتمنيع، وبرنامج مكافحة الإسهال، وذلك على سبيل المثال لا الحصر.

وبغية التغلب على هذه المصاعب، يلزم بذل جهود تعاونية من قِبَل العديد من القطاعات، من أجل تثقيف وتوعية مقرري السياسات في ما يتعلق بمردودية التدابير الوقائية.

وهذه المشاورة مثال حي على التعاون بين القطاعات، حيث يجتمع محامون، وإخصائيون في الصحة النفسية، ومشرعون، وعلماء الاجتماع، ورجال الدين، وإداريون، ليتعلم بعضهم من بعض، مما يعود بالنفع على الجميع، بما في ذلك المستهلكون. وعليه، فهنالك حاجة إلى تنظيم أمثال هذه المشاورة، في المستوى القطري بالإقليم، من أجل تعزيز هذا الاتجاه.

الخلاصة

إن هذه الورقة لا تستهدف تقديم وصفات معدة مسبقا، بل إن الغرض منها هو التحفيز على المناقشة. علما بأن القضايا التي أثيرت فيها ليست هي الوحيدة التي تستلزم المناقشة وسن القوانين بشأنها، ولا هي قضايا تهم وتخص بلدان الإقليم كلها، ولكن المأمول أن يكون ما أثير بها من مواضيع، بمثابة بذور غرست كي تنبت أفكاراً، وتسفر عن تشريعات، ونصوص قانونية للوقاية من الأمراض النفسية وتعزيز الصحة النفسية.

المراجع

1. Mubbashar M. Saraf TY. Afghan S, Wig NN. Promotion of mental health through school health programme. EMR Health Serv. J.6:14-19, 1989.
2. Syed Rahman A: Evaluation of School Mental Health Progamme-Change in Knowledge, Attitude and Superstition of school going children (Dissertation submitted to College of Physicians and urgeon of Pakistan). 1994.
3- Sadiqe N: Plight of women and children in developing countries. THE NEWS. April 21, 1997.
4. Personal Communication- Baksh and Tomkins- A study of conitive devlopment of children in an iodine deficient area of Pakistan.
5. Rutter, M: Changing youth in a changing society. Cambridge, Mass.: Harvard University Press. 1980.
6. Rutter, M: The City and the child. American Journal of Orthopschiatry, 51,610-625. 1981.
7. Wallerstine. J.S: Children of Divorce: Stress and developmental tasks. In: Stress coping development in children, Ed. N. Garmezy and M. Rutter. New York: McGraw-Hill. 1983.
8. Wallerstein J.S. and Kelly J.B: Surviving Breakup: How children and parents cope with the divorce, London: Grant McIntyre. 1980.

الرئيس الدكتور محمد هيثم الخياط: شكراً للدكتور شقيل الرحمن على هذا العرض الموجز المستوعب للقوانين المطبقة في باكستان فيما يتعلق بالمرضى النفسيين بشكل عام، وأعتقد أننا بهذا العرض نكون قد انتهينا من عرض بعض التجارب في مختلف البلدان وسوف نختم جلستنا الصباحية هذه بالكلمة التي أرسلها سماحة الإمام محمد مهدي شمس الدين، والتي سيلقيها نيابة عنه فضيلة الشيخ عبدالأمير شمس الدين.

المعاقون في الشريعة الإسلامية

بحث سماحة آية الله العظمى الإمام
الشيخ محمد مهدي شمس الدين

المعاقون في الإسلام
بحث سماحة آية الله العظمى الإمام الشيخ محمد مهدي شمس الدين*

الحمد لله رب العالمين وصل الله على سيدنا ونبينا محمد وآله الطيبين الطاهرين. وبعد فهذه ملاحظات للمشاورة الإقليمية المعنية بتشريعات الصحة النفسية في الشريعة الإسلامية.

مقدمة:

نعبِّر عن تقديرنا الكبير للقيِّمين على هذه المشاورة الإقليمية بشأن تشريعات الصحة النفسية، حيث إنها تستجيب لحاجة ملحة ومتجددة إلى تكوين (فقه الإعاقة والمعاقين) وهو حقل فقهي له قواعده العامة وأدلته الخاصة في الكتاب والسنَّة، ولكن لم تحرر مسائله في باب فقهي مستقل، ولم يجرِ بحثها بصورة مستقلة، بل حررت وبحثت في ثنايا أبحاث ومسائل أخرى اقتضت التعرض لها بصورة استطرادية أو ثانوية.

وقد ورد في الشريعة الإسلامية الحث على أن يتخذ الإنسان - رجلًا أو امرأة - عند العزم على الزواج وتكوين الأسرة، إجراءات وقائية واحترازية من الأمراض الوراثية، ومن الأمراض العقلية والنفسية، وذلك

(*) لم يتمكن سماحة الشيخ من المشاركة في أعمال الندوة وقد قام بإلقاء البحث سماحة الشيخ عبدالأمير شمس الدين.

بتخير الأسرة لأبنائها وتخير الرجل والمرأة الشريك الذي يتمتع بوضع سليم في مجال الوراثة الأسرية والصحة النفسية والأخلاقية. وقد وردت في ذلك نصوص كثيرة من قبيل قول الرسول ﷺ (تخيَّروا لنطفكم).

إن هذا الأمر لا يقتصر على رعاية الجانب الديني والخلقي، بل هو نص مطلق يشمل كل الأمور المرغوبة في الزوج والزوجة، سواء في ذلك ما يتعلق بالصحة الجسمية أو الصحة النفسية والأخلاقية، فعلى طالب الزواج أن يتحرى الشريك السليم من الأمراض النفسية والعقلية الوراثية التي يمكن أن تسري إلى ذرية الزوجين.

مشكلة كبيرة لا بد من التصدي لعلاجها:

تذكر الإحصاءات أن عدد المعاقين في العالم، بشتى أنواع وأصناف الإعاقة، قد يبلغ حوالي خمسمائة مليون معاق، أي أن عش سكان العالم معاقون. وهذا رقم مخيف مثير للقلق.

هؤلاء بهذا العدد الضخم الذي يشمل جميع أنواع الإعاقة، لا يجوز أن يتركوا، على المستويات الوطنية أو على المستوى العالمي، من دون تشريعات مناسبة تنظِّم علاقة المجتمع بهم، وتنظِّم حياتهم، وتساعدهم على أن يمارسوا حياة مريحة بقدر الإمكان، تتناسب مع حقوقهم الإنسانية، ومنتجة بقدر الإمكان، بحيث لا يكونون عالة على مجتمعاتهم وعلى دولهم.

وقد وردت الإشارة في القرآن الكريم في أكثر من موضع إلى الإعاقة الروحية والنفسية، فمن ذلك قوله تعالى في سورة الأعراف (مكيّة - ٧/ الآية: ١٧٩) ﴿**لهم قلوب لا يفقهون بها ولهم أعين لا يبصرون بها ولهم آذان لا يسمعون بها**﴾ هذه الإعاقة التي تنشأ باختيار الإنسان.

كما وردت الإشارة إلى الإعاقة التي تحصل بقضاء الله وقدره كما في مثل ﴿**ليس على الأعمى حرج، ولا على الأعرج حرج، ولا على المريض حرج**﴾ سورة النور/ مدنية - ٢٤/ الآية: ٦١ - وسورة الفتح / مدنية - ٤٨/ الآية: ١٧.

الإعاقة بسوء الاختيار والإعاقة غير الاختيارية:

الإعاقة النفسية أو الجسدية تارة تحصل باختيار الإنسان وبتعمده، وأخرى تحصل بسبب خارج عن إرادته.

ففي حالة الإعاقة الحاصلة بسبب سوء الاختيار يكون الإنسان مسؤولا عن أعماله العدوانية على الغير، وذلك من قبيل شارب الخمر السكران، ومن تناول المواد المخدرة المعطِّلة للإدراكات والوعي، فإن هؤلاء يتحملون مسؤولية أعمالهم، ولا يتمتعون بالعذر الشرعي المسقط للمسؤولية والمخفف للعقوبة، وإن كانوا فاقدي الوعي والتمييز عند ارتكاب الجريمة، وذلك للقاعدة الفقهية العامة في هذا الباب، وهي (أن العجز والقصور الناشيء عن الاختيار لا ينافي الاختيار).

وفي حالة حصول الإعاقة بسبب خارج عن الإرادة والاختيار، فإن المعاق يكون موضوعاً للتشريع القاضي بعدم المسؤولية أو بتخفيف المسؤولية (كل حالة ينظر إليها بحسبها) على قاعدة قوله تعالى في سورة البقرة/ مدنية - ٢/ الآية: ٢٨٦ ﴿**لا يكلف الله نفسا إلا وسعها**﴾ وهي قاعدة تشريعية أساسية وعامة في الشريعة، تكرر ذكرها في القرآن بصيغ شتى، كما في الآية ٢٣٣ من سورة البقرة ﴿**لا تكلَّف نفس إلَّا وسعها**﴾ وفي سورة الأنعام/ مكيَّة - ٦/ الآية: ١٥٢ - والأعراف/ مكيَّة - ٧/ الآية: ٤٢ - والمؤمنون/ مكيَّة - ٢٣/ الآية: ٦٢ ﴿**لا نكلِّف نفساً إلا وسعها**﴾.

الإنسان المعاق بالقضاء والقدر إنسان مكرَّم، يستحق التشريع

المناسب لإعاقته، وهذه الكرامة للإنسان المعاق تنشأ من تكريم الإنسان، من إثبات مبدأ الكرامة للإنسان في قوله تعالى: ﴿**ولقد كرَّمنا بني آدم**﴾ (سورة الإسراء/ مكيَّة - ١٧/ الآية ٧٠). هذا البيان مطلق على المستوى التشريعي، وهو يتضمن حكماً شرعياً إلهياً وضعياً بيَّنه الله سبحانه وتعالى، وهو مطلق لجميع الناس، ومطلق لجميع الحالات السويَّة وحالات الإعاقة.

ومن مظاهر تكريم المعاق الخيِّر (سورة عبس/ مكيَّة - ٨٠) التي ورد فيها اللوم الشديد لمن عبس في وجه الصحابي الأعمى ابن أم مكتوم (رض)، لأن هذا السلوك لا يتناسب مع كرامة الإنسان في ذاته، وفي علاقاته مع الآخرين.

مسؤولية المجتمع ومسؤولية الدولة:

نلاحظ أن الكرامة الإنسانية الثابتة للبشر على مستوى التشريع لها شعبتان:

الشعبة الأولى أن الله سبحانه وتعالى يشرع للبشر ما يناسب كرامتهم. ويجب أن يكون تعامل البشر فيما بينهم مبنيا على الكرامة من دون تمييز بين إنسان وآخر بخصوصية عرقية أو لغوية أو دينية.

وقد ورد النص على هذا في (سورة الحجرات/ مدنية - ٤٩/ الآية ١١) وهي قوله تعالى: ﴿**يا أيها الذين آمنوا لا يسخر قوم من قوم عسى أن يكونوا خيرا منهم ولا نساء من نساء عسى أن يكنَّ خيرا منهنَّ ولا تلمزوا أنفسكم ولا تنابزوا بالألقاب بئس الاسم الفُسوقُ بعد الإيمان ومن لم يتب فأولئك هم الظالمون**﴾ وتأتي هنا حرمة السخرية، وحرمة الغيبة، وحرمة الإهانة، وغيرها.

فالمعاق موضوع تكريم ورحمة نتيجة لهذا التشريع.

نلاحظ أن هذا الموقف المبدئي في التشريع الإسلامي من قضية الإعاقة قد تأثرت به الأمة في اجتماعها الأهلي. نلاحظ أن التشريع الذي أدَّى إلى نشوء (الوقف) في المجتمعات الإسلامية اتجه في شعبة كبيرة من شعبه إلى رعاية المعاقين ومساعدتهم. من قبيل إمداد العميان بمن يقودهم.

الشعبة الثانية هي شعبة الدولة، فالدولة في تنظيماتها الاجتماعية - بحسب أدلة التشريع التنظيمي - الاقتصادي - الاجتماعي - مسؤولة عن رعاية ونفقة هؤلاء المعاقين إذا كانوا فقراء.

وللمعاق - أو وليِّه الفقير - أن يرفع أمره إلى الحاكم الشرعي (القاضي) مطالبا بحقوق الرعاية والنفقة من سلطات الدولة. وذلك لأن الدولة مسؤولة شرعا عن المعاقين.

إن الدولة ليست مسؤولة عن القادرين حيث أن هؤلاء مسؤولون عن أنفسهم. ليست للقادر حقوق على الدولة تلزمها برعاية شؤونه الخاصة على مستوى التشريع، بل للدولة حقوق عليه. أما المعاق فله على الدولة حقوق تتعلق بجبر نقصه الناشىء من إعاقته.

وهذا من صميم التشريع السياسي التنظيمي في الدولة الإسلامية. نلاحظ أن التشريعات في شأن رعاية المعاقين منها ما يتجه نحو المجتمع ومسؤوليته عن رعاية المعاق. ونرى التعبير عن ذلك في الأحكام المالية، في الخمس والزكاة، حيث يعتبر المعاقون الفقراء أظهر مظاهر المستحقين، فالأعمى الفقير أكثر استحقاقا من الفقير المبصر مثلاً.

وإذا بحثنا عن الأساس والحافز الذي حمل المسلمين على أن يعبِّروا عملياً عن اهتمامهم الكبير بالمعاقين نلاحظ:

أولاً: أن الحافز هو القاعدة الفكرية، وهو التربية الخلقية الإنسانية للمسلم على الرحمة وعلى روح المعاونة، وعلى تكريم البشر، وعلى الاعتراف بحقوق الإنسان. كل ذلك أدى إلى تنمية النزعة الإنسانية في قلب وعقل المسلم.

ثانياً: القاعدة التشريعية، حيث إن التشريع الإسلامي دفع المسلمين إلى إنشاء هذه المؤسسات التي تعنى بالمعاقين.

إن هذا هو الحافز الذي حمل المسلمين على إنشاء مؤسسات المعاقين في وقت مبكر. ونلاحظ أن مؤسسات رعاية المعاقين بدأت بالظهور منذ القرن الأول الهجري، ففي نهاية القرن الأول أُنشئت مستشفيات خاصة بالمرضى العقليين.

ونلاحظ أن الأطباء العرب هم أول من عالج الأمراض العقلية بطريقة إنسانية، وقد كان يوجد قسم لهذه الأمراض في المستشفيات الكبيرة في العواصم. ومنذ العصر العباسي كان المعاقون يتمتعون برعاية مباشرة من قبل الدولة. وكان يخصص خدم للمجانين يخدمونهم.

لقد دوَّن المؤرخون بعض البيانات عن بعض المستشفيات - مثل مستشفى النوري في دمشق - تضمنت ذكر مواصفات عالية لمستوى خدمة المعاقين والمرضى العقليين بصورة خاصة.

الكلام عن الجنون والسفه وتعريفهما:

بعد هذه المقدمات التمهيدية نتكلم عن الجنون والسفه وتعريفهما، وآثار الإصابة بهما في الشريعة الإسلامية. لأجل تحليل ظاهرة الخلل العقلي، وبيان أحكامها الشرعية من حيث تأثيرها على أهلية المصاب بها.

الجنون والسفه:

تتوقف أهلية الإنسان للتكليف وتحمل المسؤولية عن أعماله وعن غيره على أن يكون عاقلًا، وقد عبَّر الفقهاء عن ذلك بشرطية (العقل) أو (كمال العقل) في صحة توجه التكليف إليه في مقابل الجنون والسفه.

وقد نصَّ الكتاب والسنَّة على أحكام تتعلق بالمجنون والسفيه.

وقد تعرض الفقهاء لبيان المراد من الجنون والسفه فقالوا عن الجنون أنه ليس مرضا خاصا محددا، وكلمة (جنون) ليست اسما لمرض واحد، بل هي اسم لجميع الأمراض العقلية التي تؤدي إلى اختلال العقل، وعبَّر الفقهاء واللغويون عن هذه الأمراض بتعبير جامع هو قولهم (الجنون هو فساد العقل).

وهذا الفساد قد يكون في نفس القوة العاقلة، وقد يكون في ملكات أو في قوى نفسية عقلية جانبية، مثل قوة التفكير أو الخيال أو القدرة على وزن الأمور، من قبيل إدراك الزمان، وإدراك القيمة المالية أو المعنوية للأشياء وما إلى ذلك، ومن هنا تعبيرهم أن (الجنون فنون).

ويعتبر في صدق مفهوم الجنون على المريض أن يكون فساد العقل مستقرا، وليس طارئا عرضيا بسبب صدمة عاطفية أو حالة خوف، أو ما أشبه ذلك، بل يكون فساد العقل مستقرا ومستندا إلى غير هذه الأمور.

وقد قسَّموا الجنون إلى (مطبق، وإدواري) فالمطبق هو المستحكم المستمر، والإدواري هو الذي يعتري المصاب في أوقات محددة (أو تتخلله حالات إفاقة)، أو يعتريه في حالات معينة.

وقد صرَّح بعض الفقهاء بأن السهو الكثير لا يندرج في (فساد العقل = الجنون) وهذا قد لا ينسجم مع التعريفات الطبية المعاصرة لما يسمونه (الخلل العقلي) ونحن نرجِّح إدراجه في حالات انعدام الأهلية بالدرجة التي تتناسب مع شدة الحالة ومدتها (الكيفية والنوعية).

والظاهر أن المدار في الحكم بانعدام الأهلية هو صدق (فساد العقل) على الإنسان المريض، وإن لم يسمَّ عند العرف بالجنون، بل أطلقوا عليه اسماً آخر.

ويترتب على الجنون وسائر حالات (فساد العقل) أن قلم التكاليف الشرعية المالية والبدنية مرفوع عن المجنون. ونتيجة ذلك هي عدم صحة إقراره وعقوده وإيقاعاته، فيكون محجورا عليه في الشؤون المالية، وتنتفي ولايته على نفسه من جهة، كما تنتفي ولايته على غيره، وتثبت الولاية عليه لمن له حق الولاية، وهو وليه القهري (الأب والجد للأب) في حال وجود أحدهما وأهليته لذلك، أو الحاكم الشرعي في حال فقدهما أو عدم أهلية الموجود منهما. (الشيخ محمد حسن النجفي: جواهر الكلام/ ج٣٠/ ص: ٣١٨).

هذا بالنسبة إلى الجنون.

أما السفه: فالظاهر من تعريفات أهل اللغة والفقهاء أن السفاهة مرض عقلي نفسي.

وعرَّفوها بأنها خفة العقل ونقصانه، بالمقارنة مع قوى الإدراك والتمييز المألوفة والموجودة عند عامة الناس، والتي يستخدمونها في حياتهم العملية.

فالجنون فساد العقل، والسفه خفة العقل ونقصه.

هل السفه قسم من الجنون (فساد العقل) أو قسيم له؟

هنا يوجد جدل فقهي حول أن السفه قسيم للجنون وأن السفيه هو في مقابل العاقل، أو أن السفه قسم من الجنون، بحيث نقول أن فساد العقل يندرج فيه أمران، أحدهما الجنون والآخر السفه.

المشهور المعروف هو أن السفه غير الجنون وأن مفهوم السفيه مقابل لمفهوم المجنون، وصرح البعض في فتاواهم بأن السفيه بالغ عاقل، ومن هنا فيكون السفه مقابلا للجنون وليس قسما منه.

استدل البعض على أن السفه قسيم الجنون وليس قسما من فساد العقل بأن الأطفال يقال عنهم أنهم خفيفوا العقول، ولا يقال عنهم أنهم فاسدوا العقول.

ونلاحظ أن هذا الاستدلال غير صحيح من جهة أنه لا يقوم على المعيار المناسب، حيث إن عنوان الجنون وعنوان السفه إنما يطلقان على الإنسان الذي بلغ سن النضج العقلي، وكان فاسد العقل أو كان خفيف العقل. أما الطفل واليافع والمراهق، الذي لم يبلغ درجة النضج العقلي المألوفة فإن إطلاق خفيف العقل عليه يكون إطلاقاً غير صحيح، لأن عقله وإدراكاته تكون بنسبة سنِّه وتجربته.

من هنا فإن هذا التعبير عن الطفل بأنه خفيف العقل تعبير تسامحي، ولا يصلح رداً على من يقول بأن فساد العقل يندرج فيه الجنون والسفه، والمفهوم الجامع بينهما هو فساد العقل.

معنى السفاهة:

المشهور بين الفقهاء أن السفاهة في السفيه لا تمنع من توجيه

الخطاب بالأحكام الشرعية، ولا يترتب عليها سوى الحجر وهو المنع عن التصرفات المالية في بعض أقسامها.

ولكن الصحيح عندنا أنه إذا كانت السفاهة في باب الولايات، كما إذا كان شخص مدبِّراً رشيداً في الماليات، ولكنه سفيه في علاقاته العائلية أو في علاقاته الاجتماعية، فلا بد أن نحكم بترتب الآثار الشرعية المناسبة لكونه سفيها في هذه المجالات، وسيأتي مزيد بيان لهذا الأمر.

وقد لاحظ الفقهاء بأن الحالة العقلية لها مراتب. فهناك عقل عادي، وهناك عقل كامل، وهناك عقل أكمل. ولكن لا بد من التوافق على أن المعيار العام في المسؤولية والالتزامات هو المستوى المألوف الذي يظهر في عامة البشر فلا يدخل فيه الشذاذ من الطرفين. ويكون ما دون المستوى المألوف داخلا في باب السفه أو الجنون، وما فوقه يدخل في باب الكمال الذي لا يعتبر معيارا في الحكم على إنسان ما بأنه عاقل.

فالمدار في التكاليف الشرعية هو أصل العقل الخالي عن الفساد والعلل العقلية والنفسية. وينبغي التفريق في مقام تشخيص المفهوم بين عدم النضج العقلي نتيجة لحداثة السن وقلة التجارب، وبين عدم النضج العقلي الناشىء من حالة مرضية. ففي الأول لا يمكن أن تترتب الآثار الشرعية والقانونية على من لم يكن ناضجا عقليا لعدم توفر التجارب والسن المناسبة له بخلاف الثاني.

آثار السفاهة:

المعروف بين الفقهاء أن السفاهة هي فقدان السفيه لملكة إصلاح المال، فالسفيه هو الذي يتصرف بالمال على نحو خال من الحكمة

والتدبير، أي هو المفسد للمال. ويترتب على الحكم بالسفه الحجر على السفيه في التصرفات المالية.

ورتب الفقهاء على ذلك أن المقابل للسفه هو (الرشد) وقالوا أن الرشد هو إصلاح المال.

ولنا إشكال على المذهب المشهور من أن السفيه الذي تترتب عليه أحكام شرعية هو خصوص السفيه في الماليات، وهو الذي ليست له ملكة إصلاح المال أو له ملكة إفساد المال فهذا يكون محجورا عليه شرعا ولا تصح منه العقود والإيقاعات المتعلقة بالمال، ولا يسمع منه الإقرارات المالية المستلزمة لصرف المال، وإن المقابل له هو الرشد بمعنى خصوص إصلاح المال.

وهنا نسأل عما لو لم تكن لدى الشخص ملكة إصلاح العيال، فهل يصح أن تكون له ولاية على العيال؟ أو لم تكن له ملكة إصلاح الأولاد، فهل يصح أن تكون له ولاية على الأولاد؟ وهكذا.

فنحن نرى أن دائرة السفه التي تترتب عليها أحكام شرعية هي أوسع مما ذهب إليه جمهور الفقهاء.

وربما يكون منشأ تفسير الرشد والسفه بخصوص إصلاح المال وإفساده، هو ورود هذين التعبيرين في القرآن الكريم في مقام بيان ولاية الأشخاص على أنفسهم وعدمها في الشؤون المالية، من قبيل قوله تعالى: **﴿فإن آنستم منهم رشداً فادفعوا إليهم أموالهم﴾** (سورة النساء/ مدنية - ٤/ الآية: ٦) وقوله تعالى: **﴿فإن كان الذي عليه الحق سفيها أو ضعيفا﴾** (سورة البقرة/ مدنيّة - ٢/ الآية: ٢٨٢) وإلّا فإن تتبُّع موارد استعمال هذه المادة بهيئاتها المختلفة في القرآن الكريم والسنَّة الشريفة يكشف عن أن السفه والرشد لا يختصان بالتصرفات المالية، بل يجريان في جميع شؤون الحياة.

ونجد في بعض الروايات الحكم على الأبله بعدم نفاذ تصرفاته، وفُسِّر السفيه بأنه الذي يشتري الدرهم بأضعافه، والضعيف بأنه الأبله. ويستعمل (البله) - في اللغة - في معنيين، أحدهما - الطيبة، بمعنى الغفلة عن الشر. ثانيهما - قلة العقل أو ضعف العقل. فالبله بهذا الاعتبار من الأمراض العقلية التي تترتب عليها أحكام شرعية.

إذن فساد العقل يمكن أن يندرج فيه الجنون والسفه والبله. وذكر البله تفسيرا للضعيف في قوله تعالى في (سورة البقرة الآية: ٢٨٢) **﴿سفيها أو ضعيفا﴾**.

لقد اشتملت كتب مفردات اللغة العربية وفقه اللغة على تسميات كثيرة تبلغ العشرات للعلل والحالات النفسية والعقلية، تحت عناوين (الحمق. ضعف العقل. السفه. الطيش. العته. الجنون).

ونرجح أن هذه التسميات لا تدخل في باب المشترك اللفظي، لأن كل تسمية يبدو أنها تدل على حالة اختلال عقلي مختلفة عمّا تدل عليه التسمية الأخرى بتفصيل من التفاصيل.

ولا بد من التدقيق والتحقيق في هذا الأمر. ونأمل من المجامع اللغوية أن تلاحظ هذه الظاهرة اللغوية لفحصها والانتفاع منها في إثراء اللغة العربية في مجال مصطلحات الطب العقلي والنفسي.

إن هذه التسميات تدل على الجنون وغيره من الأمراض العقلية والنفسية.

إن لكل حالة اختلال عقلي تدل عليها هذه التسميات حكما شرعيا بشأن أهلية المريض بها ومسؤوليته وعدمها، وبشأن ولايته على نفسه وعلى غيره وعدمها، والولاية عليه من قِبَل الولي القهري الخاص، أو الولي العام الذي هو الحاكم الشرعي (القاضي) وعدمها.

بعد أن بُيِّنت الرؤية الفقهية لقضايا الأمراض العقلية (الجنون والسفه) وما يتصل بذلك، يقع البحث في القضايا التي وردت في ورقة المشاورة.

تمهيد:

ما يصطلح عليه في علم النفس بأنه مرض نفسي يندرج فيه عدد كبير من المصاديق. ويرتب القانون الوضعي في كثير من الحالات على المرض النفسي الإعفاء من المسؤولية، أو نفي القصد الجرمي، أو اعتبار المرتكب عاجزا عن السيطرة على تصرفاته.

من وجهة نظر الفقه الإسلامي لا نوافق على هذا التوجه، إذ ليس كل ما يسمى مرضاً نفسياً في مصطلح علم النفس يمكن أن يكون معذِّراً في الشريعة الإسلامية.

في الشريعة الإسلامية العقل شرط من الشروط العامة في التكليف، وشرط في تحمل المسؤولية التكليفية. أما المسؤولية الوضعية فهي في كثير من الحالات لا تتنافى مع عدم العقل. فالمجنون الذي يقتل خطأ أو يتلف مال الغير خطأ يضمن.

لا يتوجه الخطاب بالأحكام التكليفية (الوجوب والتحريم والاستحباب والكراهة) إلى المصاب بفساد العقل، وهذا من ضروريات الدين، وكذلك القصاص وسائر الحدود والتعزيرات.

إذن ليس كل مرض نفسي معذِّر في القانون الوضعي يعتبر مرضا نفسيا معذرا في الشريعة الإسلامية.

بطبيعة الحال الجنون ليس صنفا واحدا، وقد اشتهر في كلامهم أن الجنون فنون. فكل من أصابته حالة من حالات (فساد العقل)

وارتكب عملا محظورا في أثناء تلك الحالة، فإنه لا يكون مسؤولا عن عمله من الناحية التكليفية، ويعفى من المسؤولية المسببة للعقوبة الجسدية.

نأتي الآن إلى العناوين التي وردت في مشروع ورقة المشاورة الإقليمية:

التخلف العقلي:

إذا بلغ التخلف العقلي في الإنسان إلى درجة لا يصدق معها عنوان (العاقل) أو (الرشيد) وكان المصاب بهذا التخلف يعتبر عند العرف غير رشيد أو غير عاقل، ففي هذه الحالة تكون تصرفاته المالية باطلة وكذلك ما يترتب على التزاماته من مسؤوليات مالية، أو تتوقف على إمضاء وليِّه. وأما إذا لم يبلغ التخلف العقلي هذه الدرجة من قبيل أن يكون منخفض الذكاء لدرجة كبيرة مثلا، فلا يكون لذلك أثر في سلب الأهلية.

الخرف:

عرِّف الخرف في اللغة بأنه فساد العقل من الكبر، وقد اعتمد الفقهاء هذا التفسير. وهو تعريف ناشىء من الفهم الذي كان سائدا في الماضي من أن علو السن يضعف الملكات العقلية. وينبغي أن يطبق في هذا المجال المعيار المتقدم، وهو فهم العرف.

وهنا نلاحظ أن فساد العقل تارة يكون جزئيا لا يلحظ، وفي هذه الحالة لا يؤثر على صلاحية الشخص للقيام بالالتزامات وترتب المسؤوليات عليه، وتارة يصل إلى حد فقد الملكة العقلية بدرجة قد لا يصدق عليه فيها أنه مجنون بالمعنى المصطلح، ولكن تكون ملكاته

العقلية معطلة. في هذه الحالة يترتب على ذلك أن لا يكون مسؤولا عن أعماله، وأن لا تترتب على التزاماته أية آثار ملزمة.

أهلية التصرف في الشؤون المالية والقانونية:

تقدم منا ذكر أن الفقهاء في مقام بحثهم لشروط التكليف وشروط تحمل المسؤولية عبَّروا (بشرطية العقل) وبعضهم عبَّر (بشرطية كمال العقل) وهذا يتضمن اشتراط (الرشد) الذي خصه الفقهاء بالمجال المالي، وذهبنا إلى تعميم هذا الشرط في جميع العلاقات التي تدخل في باب (الولايات) في مجال الأسرة ومجال المجتمع. كما تقدم بيان ذلك في فصل سابق من هذا البحث.

شرطية (الرشد) (كمال العقل) في صحة التصرفات المالية وغيرها:

فسَّر بعض الفقهاء (الجواهر/٦/٤٨) الرشد بأنه (كيفية نفسانية تمنع من إفساد المال وصرفه في غير الوجوه اللائقة بأفعال العقلاء) وعبَّر بعضهم بـ (إصلاح المال) واعتبروا أن يكون ذلك على نحو الملكة. أي أن يكون الرشد حالة راسخة ودائمة، بحيث لا تكون تصرفات المكلف متقلبة بين الإصلاح والإفساد. وقالوا إن المرجع في تحديد المراد من الرشد هو العرف، كما في غيره من الألفاظ التي لا حقيقة شرعية لها ولا لغوية مخالفة للعرف. وإذا تعارض العرف واللغة في تحديد المراد، فالعرف مقدَّم على اللغة، لأن العرف هو المرجع في تفسير النصوص الشرعية.

ولكن لا بد من التنبيه على أن (العرف) الصالح للمرجعية في مقام تفسير النص، إنما هو خصوص العرف الذي جرى عليه الناس في

عصر صدور النص، وليس في عصر المجتهد الباحث عن معنى النص إذا كان متأخراً عن عصر الصدور، فقد يكون العرف في عصر صدور النص قد تسالم على معنى، وهو ما يجب حمل اللفظ عليه. وفي عصر المجتهد الباحث، بعد مئات السنين من صدور النص، قد يتسالم العرف المتأخر على معنى آخر، فلا يصار إلى ما عليه العرف في عصر متأخر.

نصّوا على أنه لا بدَّ من إجراء اختبارات للمشكوك في رشده أو في رشدها، وعدم مشروعية التصرفات المالية، أو عدم صحتها، في هذه الحالة من دون اختبار.

وهذا شرط دلَّت عليه نصوص الكتاب والسنَّة، من قبيل قوله تعالى: ﴿**وابتلوا اليتامى حتى إذا بلغوا النكاح فإن آنستم منهم رشداً فادفعوا إليهم أموالهم**..﴾ (سورة النساء/ مدنيَّة - ٤/ الآية: ٦).

ويثبت الرشد بشهادة الخبراء في هذا الشأن. ولا يكفي الشهود مجرد العدالة والمعرفة العرفية، لأن حالات السفه أو حالات الجنون متنوعة وتحتاج إلى خبرة.

وأما اشتراط قيام البينة عند الحاكم الشرعي فهو الراجح عندنا، وإن كان يمكن القول بعدم الحصر بالحاكم لأن المدار على توثيق الحالة، فيكفي في توثيقها ثبوت الشهادة عند أي مصدر معترف به شرعا للتوثيق مثل الكاتب بالعدل.

والمقابل للرشد هو السفه. والسفه في الماليات هو صرف الأموال في غير الأغراض الصحيحة عند العقلاء، من دون اعتبار لكون العقلاء من المتدينين أو من غير المتدينين.

والمرجع في تحديد السفه - كما قلنا في الرشد - هو العرف.

واعتبر البعض أن التبذير، وصرف المال في أفعال الفسق مثل شراء الخمر، وآلات اللهو، والنفقة على الفاسق وأعمال الفسق يعتبر علامة على عدم الرشد. ولكن الفقيه النجفي قال في الجواهر: أنه إذا لم يعد عرفا سفيها فلا وجه للقول عنه أنه غير رشيد. ومثَّلوا بالذين يستعملون الربا، ويعطون الأموال للمغنّي واللاعب بالمحرم ومن يأخذ الأموال من الناس قهرا، وهؤلاء لا يمكن إطلاق صفة السفه عليهم. وذكر لذلك أمثلة كثيرة في صفحة ٥٣.

أقول: هذا يعني أن المعيار في الرشد والسفه لا ينبع من الاعتبارات الشرعية والأخلاقية بل ينبغ من الاعتبارات الموضوعية العرفية (النفعية).

وأما مجهول الحال، فإن السيرة قائمة على معاملة مجهول الحال عملاً بظاهر الحال وأصل الصحة وهذا يقتضي إجراء حكم الرشد عليه.

قال: في صفحة ٥٣-٥٤:

«وحيث عرفت أن المدار في السفه والرشد على العرف، فقد يقال بتحقق الأول يعني السفه فيه بصرف جميع المال في وجوه البر، خصوصا بالنسبة إلى بعض الأشخاص والأزمنة والأمكنة والأحوال، كما أومأ إليه رب العزة بقوله: ﴿**ولا تجعل يدك مغلولة إلى عنقك ولا تبسطها كل البسط**﴾ (سورة الإسراء/ مكيَّة - ١٧/ الآية: ٢٩) وقوله: ﴿**ويسألونك ماذا ينفقون قل العفو**﴾ (سورة البقرة/ مدنيَّة - ٢/ الآية: ٢١٩).

أقول إن هذا يؤيد ما ذكرناه آنفاً من أن المعيار في الرشد والسفه ليس معيارا أخلاقيا وذوقيا، بل هو معيار موضوعي ونفعي بعيدا عن الاعتبارات الأخلاقية.

والتعبير بـ (كمال العقل) يومىء إلى أنه قد يكون الإنسان عند العرف عاقلا بالنسبة إلى بعض الأمور، ولكنه بالنسبة إلى بعض الأمور الأخرى لا يكون عاقلا. فقد يكون عاقلا في ما يتعلق بالتصرف بشؤون حياته الخاصة مثل تدبير طعامه وثيابه وحاجاته الشخصية، ولكنه لا يكون كامل العقل بالنسبة إلى التصرفات المالية مثلا، أو قد يكون كامل العقل بالنسبة إلى التصرفات المالية، ولكنه لا يكون كامل العقل بالنسبة إلى العلاقات مع الناس. ربما يكون مبتلى بحالة شذوذ خطرة في العلاقات مع الناس مثلا. لا بد في هذه الحالة من التمييز بين الحالات المختلفة في الأشخاص.

شهادات انعدام الأهلية:

بطبيعة الحال لا بدَّ للحاكم الشرعي (القاضي) في مقام دعاوى انعدام أهلية المالك أو أهلية الولي، أن يدقق في الدعوى، لأن شهادة انعدام الأهلية تجرد إنسانا من سلطاته الشرعية، وتعطي للغير سلطات لم يكن يتمتع بها على أموال أو على حالات أو على أشخاص لا سلطة له عليهم بحسب الأصل، فلا بد من التدقيق التام في هذا الموضوع من جميع الجهات، ولا يجوز إعطاء هذه الشهادات من دون تدقيق، بل لا بد من الاعتماد على لجان طبية متعددة الاختصاصات، ولا بد من مضي زمن كاف يمكِّنُ أهل الخبرة من التأكد من انعدام الأهلية. ولا بد من التأكد من درجة انعدام الأهلية من الناحية الكيفية، ودرجتها من ناحية الكمية الزمنية، وذلك لمعرفة أن هذه الحالة ثابتة في جميع الأوقات أو أنها تتفاوت شدة وضعفا، أو أنها تنعدم في أزمان وتأتي في أزمان. لا بد من التأكد في جميع هذه الحالات للحكم بانعدام الأهلية.

سريان شهادات انعدام الأهلية على (أهلية المريض للمحاكمة):

هل تسري جميع شهادات انعدام الأهلية على أهلية المريض للمحاكمة؟

لا يمكن الموافقة على سريان جميع شهادات انعدام الأهلية على أهلية المريض للمحاكمة، وذلك لما أشرنا إليه من ضرورة التمييز بين حالات المرض العقلي من جهة كونه نفسيا أو تخلفا عقليا أو خرفا وغيرها. وفي جميع الحالات لا بد من التمييز بين ما إذا كانت حالة الاختلال العقلي منسحبة على جميع الأنشطة الإنسانية، وفي هذه الحالة تسري على أهلية المريض للمحاكمة، ولكن إذا كانت هذه الحالة - حالة المرض العقلي - مختصة بأنشطة دون أنشطة كما أشرنا قبل قليل، فلا وجه لمنع المحاكمة عنه إذا ارتكب جرما في مجال يتمتع بالنسبة إليه بالتوازن العقلي والرشد.

نفرض أنه كان متخلفا عقليا (غير رشيد) في مجال المعاملات المالية. ولكنه كان يتمتع بالرشد والتمييز في مجال العلاقات مع الناس، وإدراك الحسن والقبح وإدراك الصواب والخطأ، فلا وجه لمنع المحاكمة عنه إذا ارتكب جرما في هذا المجال.

حق المعالجة ورفض المعالجة:

أما بالنسبة إلى الفقرة رقم - ألف -: وهو أن من حق المريض الحصول على المعالجة اللازمة.

لا نمانع في أن من حقه أن يحصل على المعالجة اللازمة. ولكن

هذا الحق يثبت بمقدار ما يمكن لوليه، أو للسلطة ذات العلاقة في المجتمع، من القدرة على القيام بمهمة المعالجة.

لا يمكن أن نقول أن هذا الحق ثابت للمريض بصفة مطلقة. بل يخضع ثبوت هذا الحق لإمكانات وقدرات من عليه الحق، وهو الذي يفترض أن يتولى المعالجة وينفق عليه.

أما بالنسبة للفقرة باء: وهي الظروف التي يمكن فيها للمرء أن يرفض المعالجة.

إن الشق الأول من هذه الفقرة لا معنى له، لأن المريض العقلي ليس له أهلية قبول أو رفض المعالجة. وقبوله ورفضه ليس لهما أثر، لفرضنا أنه لا يتمتع بقواه العقلية.

أما التساؤل عن أن الذي يحدد الظروف هو الطبيب أم القاضي؟ فنقول: كلاهما له دخل في هذا الأمر. فإن الذي يحدد الظروف هو ولي المريض، فإذا لم يكن للمريض وليّ فإن القاضي يتولى ذلك، والطبيب يحدد إمكانية أو عدم إمكانية المعالجة، والقاضي هو الذي يعطي الإذن، ولا يجوز للطبيب أن يتصرف من دون إذن القاضي.

بالنسبة للفقرة ج: وهي فقرة حقوق الأسرة والمجتمع إزاء مريض يرفض المعالجة.

قلنا أن المريض ليس في وضع يخوله أن يرفض. كما أشرنا إلى أن الولي الشرعي له حق بهذا الاعتبار. كما أن المجتمع المتمثل بالسلطات ذات الاختصاص - وهي القضاء - يتمتع بهذا الحق، وقد يحتاج القاضي إلى مساعدة خبرة يحددها الطبيب أو تحددها لجان طبية أو مختبرات.

بالنسبة إلى الفقرة د: موضوع فرض المعالجة وإدخال المريض قسرا إلى المستشفى.

إن هذه الظروف هي الظروف التي يشكل فيها المريض خطرا على المجتمع، أو على جزء منه، أو على عائلته، أو على نفسه. ولا يمكن توقّي هذا الخطر إلا بمعالجته، أو بتحديد حريته. ولا يبدو لنا وجود ظروف أخرى تجعل من الجائز إجبار المريض على الدخول إلى المستشفى.

الحريات المدنية والمرض النفسي:

درجة المرض النفسي التي تقيد الحريات المدنية تقاس بالقدرة على الاختيار والتمييز بين الصواب والخطأ. والذي يحدد هذه الدرجة هو أهل الخبرة.

وهنا ينبغي التنبيه إلى نقطة مهمة جدا، وهي أن موضوع الانتخاب أو خوض الانتخابات كمرشح ليس حقا للمريض، بل هو تصرف في شؤون الغير، إنه تصرف في حق المجتمع، سواء كان هذا المجتمع قرية صغيرة تريد أن تنتخب ممثلين لها في المختارية أو البلدية، أو كان جمعيةِ خيرية، أو كان جمعية عمال في مصنع، أو كان مجلس محافظة، أو كان مجلسا نيابيا.

المجتمع له حق أيضا في أن يختار أكثر الأشخاص أهلية ووثوقا، ومن هنا فنحن نوصي بضرورة العمل بالاحتياط. وكل من يشك في أهلية نفسه لتولّي شؤون الغير لا يجوز له أن يتولى هذه الشؤون، ولا يجوز للسلطة ذات العلاقة أن تمكّنه من تولي هذه الشؤون، ولا يجوز لأحد تمكينه من ذلك.

إن الشك في الأهلية في حالة التصرف في شؤون الغير المالية أو الحياتية العامة، يساوي عدم الأهلية.

وإذا عولج المريض في عقله، وشُكَّ في بقاء المرض، لعدم تأثير العلاج بدرجة مناسبة، تستصحب الحال السابقة، وتترتب جميع آثار عدم الأهلية. وهذا مبدأ يحكم على جميع الحالات.

المرض النفسي والأسرة:

حينما يكون أحد الزوجين مريضا نفسيا. فهل يمكن للآخر طلب الطلاق بسبب المرض النفسي؟

نقول: إذا كان المرض النفسي في الزوجة، فإن الزوج - بحسب الشريعة الإسلامية - يملك سلطة الطلاق مطلقا، حتى لو لم تكن الزوجة مريضة نفسيا.

إن هذا السؤال يتوجه فيما لو كان المريض هو الزوج.

في هذه الحال إذا أدَّى المرض النفسي إلى حدوث الجنون، فإن الجنون يبرِّر للزوجة الفسخ وإنهاء الحالة الزوجية، أو ترفع أمرها إلى الحاكم الشرعي (القاضي) وهو يحكم بالطلاق ويجري الطلاق.

وأما إذا كان المرض النفسي دون ذلك، ولكنه أدّى إلى نشوء حالة تتعذر فيها المعاشرة بالمعروف، فقد حكمنا في هذه الحالة بأن للزوجة - إذا لم تقبل بهذا الوضع - أن تطلب الطلاق، بأن ترفع أمرها للحاكم الشرعي الذي يتَّخذ الإجراءات المناسبة، ويأمر الزوج بالطلاق إذا كان الوضع العقلي للزوج مناسبا لتوجيه الأمر إليه (المفروض أن حالة الزوج ليست جنونا) فإذا أبى تولّى الطلاق الحاكم الشرعي.

وهذا يجيب على سؤال كيف؟ ويجيب على سؤال إلى أي درجة

من درجات المرض ولأي الأسباب؟ المعيار هو أن يؤدي المرض إلى انعدام حالة المعاشرة بالمعروف.

أما السؤال عمَّن يحدد الحال؟ وبناء على أي خبرة تقنية؟

فالجواب عليه: إن الذي يحدد الحال هم أهل الخبرة بالحال المرضية المراد تحديد درجتها، وهم الأطباء والخبراء ذووا العلاقة.

وأما بالنسبة إلى الحياة الزوجية، حال المعاشرة بين الزوجين والأولاد، فإن الذي يحدد الحال هم أهل الخبرة في الحياة الزوجية.

وبالنسبة إلى سؤال هل ينبغي أن تؤخذ في الحسبان قابلية المرض للمعالجة؟

نقول نعم ينبغي أن تؤخذ في الحسبان قابلية المرض للمعالجة، وعلى الحاكم الشرعي الذي رفعت الزوجة أمرها إليه أن يتريث، وأن يبحث عمّا إذا كان هناك قابلية للمعالجة أم لا.

قضية السرية:

إن المعلومات المتعلقة بشؤون المريض لها طابع سرّي كسائر الشؤون الشخصية لأي إنسان. ولا يجوز البوح بها إلا بمبرر شرعي.

أما حدود السرية فيما يتعلق بالفرد أو بالدولة أو بأي طرف ثالث فإن الحدود العامة للسرية هي درجة الإضرار بالجهة الأخرى. فإذا كان كَتْمُ هذه المعلومات يضر بشخص، أو يضر بالدولة، أو يضر بأي طرف ثالث، يجب دفع الضرر بإفشاء هذه الأسرار إلا إذا كان في إفشائها ضرر على صاحبها. ففي هذه الحال لا بد من الموازنة بين الضررين، وتدخل هذه الحال فيما نسمّيه فقهياً (باب التزاحم) التي

يلاحَظ فيها درجة الأهمية، وتقدم الأهم على المهم، ففي مقامنا يجب دفع أكبر الضررين.

وبالنسبة للسؤال عمّا إذا كان يباح للطبيب أن يخبر أي طرف ثالث بنوايا أحد المرضى لقتله؟

نقول إذا كان الطبيب متأكدا من هذه النوايا فيجب عليه أن يخبر السلطة ذات العلاقة في الدولة والمجتمع (القضاء.، قوى الأمن) فإذا تعذر ذلك كان عليه أن يخبر الطرف المستهدف لأجل أن يتحذر، علما بأن المريض لا يتحمل أية مسؤولية بسبب حاله العقلية، ولكن يجب مساعدة المستهدف على التوقي.

- هل يباح للطبيب أو المعالج أن يخبر السلطات المختصة بإمكانية إلحاق المريض للضرر بغيره؟

نقول نعم يباح له وقد يجب عليه.

- هل يباح للطبيب أو المعالج أن يخبر أسرة المريض بما يكون لديه من أفكار انتحارية؟

نقول نعم يباح له وقد يجب عليه.

وفي جميع الأحوال وخاصة الحال الأولى والثانية، إذا أمكن للمعالج أو الطبيب أن يحمل المستهدف بالقتل أو بالضرر على التوقي من دون الإفشاء بالسر بصورة كاملة، فيجب عليه ذلك. وإذا لم يمكن ذلك وتوقف توفير عنصر الحذر عند المستهدف بالبوح الكامل فيجب عليه البوح الكامل.

مسؤوليات الأسرة والمجتمع والدولة:

في الفقرة ألف، رب الأسرة (الأب) بالنسبة إلى أولاده القاصرين

هو وليهم القهري (وكذلك الجد للأب) وولايته كسائر الولايات تفرض عليه النظر في مصالح المولى عليهم، ولا يجوز له أن يقصِّر في رعاية هذه المصالح. وحين يقصِّر في القيام بمسؤولياته في رعاية مصالح القاصرين المولّى عليهم، فإن ولايته تكون موضع إعادة النظر من قبل الحاكم الشرعي (القاضي) وقد تسقط ولايته على القاصرين.

إذن هو مسؤول عن المعالجة وعن عدم المعالجة، أي أنه يملك قرار المعالجة وعدم المعالجة في حدود قدرته على نفقات العلاج وعلى مستلزمات العلاج إذا كانت تترتب عليه هذه النفقات. أما إذا كانت المعالجة متاحة من قبل المجتمع أو الدولة ففي هذه الحال مقتضى ولايته أن يتصدى لمعالجة المريض المولّى عليه، ويعد الامتناع عن المعالجة تقصيرا في رعاية شؤون المريض، وهذا يسقط ولايته. ويجوز للسلطات ذات العلاقة في المجتمع وفي الدولة أن تتولى معالجة المريض من دون إذن رب الأسرة الولي، إذا امتنع عن التصدّي لعلاجه.

السؤال الوارد في الفقرة باء: (ما مدى مسؤولية المجتمع عن توفير خدمات تعزيز الصحة النفسية، والوقاية من الأمراض النفسية، والتثقيف في مجال الصحة النفسية، وتوفير خدمات المعالجة والتأهيل الميسورة الكلفة؟).

هذا سؤال عن أمر يتعلق بالواجبات الكفائية على الرأي المشهور بين الفقهاء، وقد يكون من التكاليف العينية المتوجهة إلى الدولة أو إلى المجتمع بناء على رأينا نحن.

إن تقدير هذه المسؤولية عن القيام بهذا الواجب العيني على الدولة أو على المجتمع (الواجب الكفائي بناء على الرأي المشهور) يدور مدار توفر القدرة المناسبة، فثبوت هذا الوجوب خاضع لتوفر

القدرة من جميع جهاتها (القدرة المالية والسياسية والتموينية والخبروية) وموازنة هذه الإمكانات بالنظر إلى حاجات أخرى للمجتمع، مثلا الأموال اللازمة أو الأمكنة اللازمة أو الخبرات اللازمة لتوفير هذا العلاج. إذا كان تخصيص الإمكانات المالية وغيرها لهذه المعالجة لا تضر بحاجات أخرى أكثر إلحاحا للمجتمع. في هذه الحال يجب على الدولة والمجتمع توفيرها.

وتسقط هذه المسؤولية إذا كان تخصيص الإمكانات يؤدي إلى تقصير في رعاية أمور وحالات أكثر أهمية للمجتمع.

بالنسبة إلى الفقرة جيم والسؤال فيها عن مسؤولية الدولة في المجالات المذكورة في الفقرة باء. رسم السياسات وإصدار التشريعات هي مسؤوليتها محكومة بالاعتبارات التي ذكرناها في جوابنا على السؤال الوارد في الفقرة باء.

العلاقة بين المريض والطبيب:

بالنسبة إلى موضوع القضايا المعنوية والأخلاقية والقانونية:

إن الذي يحكم العلاقة بين المريض والطبيب معياران:

معيار قانوني ينشأ عن طبيعة العقد بينهما، ومعيار أخلاقي شرعي ينشأ عن مسؤولية الطبيب عن أسرار المريض؛ الأسرار المتعلقة بمرضه أو ما قد يطَّلع عليه من خصوصيات جسمه.

نعم إذا كان في مجال الأعراف الطبية، وفي مجال القوانين التي تحكم عمل الطبيب، قيود وشروط فلا بد من مراعاتها، لأنها من حقوق المريض على الطبيب في هذه الحال، وذلك من قبيل كيفية العلاج وأسلوب العلاج ودقة التشخيص ووصف الأدوية وما إلى ذلك،

وتلبية طلبات المريض المشروعة المتعلقة بتشخيص مرضه أو وصف علاجه أو الإشراف على علاجه.

ومسؤوليات الطبيب في نظرنا قسمان:

قسم ناشيء من التكاليف العامة لأي خبير بالنسبة إلى حقل خبرته، كمسؤولية الحدّاد أو النجّار أو الطاهي أو الخياط.

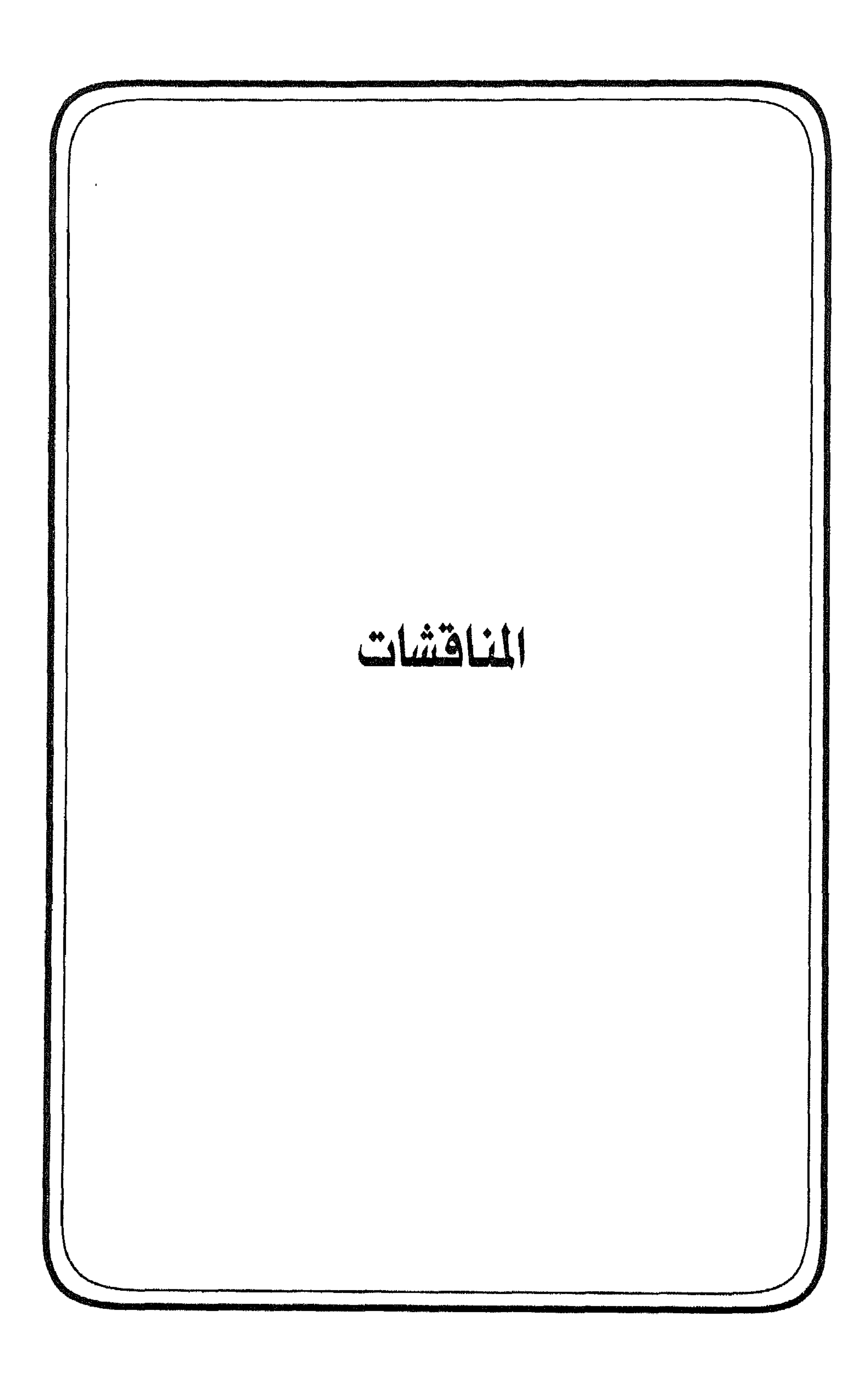
والقسم الآخر هو عبارة عن المسؤوليات التي يحددها المجتمع الطبي، وذلك من قبيل المعايير التي وضعتها منظمة الصحة العالمية للعمل الطبي، والقوانين الوطنية المنظِّمة لعمل الأطباء، والقوانين النقابية التي تلزم الأطباء بموجب القانون.

بالنسبة إلى السؤال الثالث عمن يراقب اضطلاع الطبيب كما ينبغي بهذه المسؤوليات.

نحن نقول لا بدَّ من إنشاء سلطات رقابة قد تكون سلطات حكومية، وقد تكون سلطات نقابية، كما نرجِّح أن تنشأ في المجتمع الأهلي هيئات أهلية تراقب عمل الأطباء، وتعلن تقصير أي طبيب أو أي مؤسسة طبية كالمستشفيات والمستوصفات والمصحات في أداء التزاماتها القانونية والأخلاقية.

هذا ما تيسر تحريره تعليقا على ورقة المشاورة الإقليمية المعنية بتشريعات الصحة النفسية في مختلف القوانين ولا سيما (الشريعة الإسلامية) التي ستعقد في دولة الكويت بين ٩/٢٩ و٣/١٠/١٩٩٧.

وقد أشرنا في هذا البحث - باختصار - إلى الرأي المشهور في الفقه الإسلامي في القضايا والأسئلة التي تضمنتها ورقة المشاورة، نقدِّمها مع الدعاء بالتوفيق والتحية للمشاركين في هذه المشاورة من العلماء، والحمد لله رب العالمين.



المناقشات

المناقشات

الرئيس الدكتور محمد هيثم الخياط: شكراً لفضيلة الشيخ عبدالأمير شمس الدين، والآن نفتح باب المناقشة والتعليق بالكلمة للدكتور حسان حتحوت تفضل.

الدكتور حسان حتحوت: بسم الله الرحمن الرحيم. استمتعت بالبحث لكن لي وقفة أمام موضوع حق المريض في العلاج فإنّ الباحث قال: إن الحق موجود طالما أن المريض أو وليه قادر على الوفاء به فإذا كان المريض أو الولي لا يستطيع تلبية الاحتياجات المالية لهذا العلاج فإن حقه فيه يتراخى، والذي أراه في ذلك - لا أقول فقط طبيا ولكن إسلاميا -: أنه لا يمكن أن يُحرم مريض من العلاج لأنه لا يملك الأجر؛ ولكن في هذه الحالة يكون المريض في ذمة المجتمع، وينبغي أن تؤمِّن الدولة نفقات العلاج، ولا يجوز أبدا في العرف الطبي أو الشرعي أن يحرم أحد من العلاج لأنه لا يملك أجر هذا العلاج، والسلام عليكم ورحمة الله وبركاته.

الرئيس الدكتور محمد هيثم الخياط: شكراً. الدكتور برتلوت تفضل.

الدكتور برتلوت: سؤالي يتعلق بنفس النقطة، إذا لم أكن قد أخطأت في فهم ما قاله فضيلة الشيخ فليس هناك مجال للتساؤل حول حق المريض في رفض العلاج. سؤالي هو: في حالة مريض بالسرطان وإذا ما رفض المريض العلاج الطبي فما هو الموقف في القانون

الإسلامي هل يُسمح لهذا الشخص بألا يعالج وأن يموت بغير علاج أم أنه يعالج بأي شكل من الأشكال؟ وشكرا.

الرئيس الدكتور محمد هيثم الخياط: شكرا. الشيخ الخليلي تفضل.

الشيخ أحمد الخليلي: بسم الله الرحمن الرحيم، والحمد لله رب العالمين، وصلى الله وسلم على سيدنا محمد وعلى آله وصحبه أجمعين، وبعد. فقد استمتعت بهذا البحث القيم الذي يشد قارئه، ويشد مستمعه فقد كان البحث في منتهى الدقة، وقد كان العرض أيضا عرضا شيقا، وإنما أضم صوتي إلى من تكلم قبلي بأن حق المريض واجب على المجتمع وواجب على الدولة عندما يكون المريض غير واجد ما يمكن أن ينفقه في علاجه؛ لأن الله تبارك وتعالى فرض التكافل بين الأمة وجعل إيتاء المال لذوي القربى واليتامى والمساكين وفي سبيل الله وفي مقدمته أنواع البر على أن سبيل الله وعاء عام، ثم من ناحية أخرى يمكن أن نقول أيضا: بأن المنفق لماله في معصية الله تبارك وتعالى، كالذي ينفق ماله في الخمر إذا نظرنا إلى مقصد الشارع من حيث ضبط تصرفات السفهاء نقول: إن ذلك مما ينبغي أن يضم إلى الستة الذي تمنع يد صاحبه أن يتصرف في ماله؛ لأن ذلك التصرف لا يؤدي إلى الضرر من ماله فحسب بل يؤدي إلى الإضرار بالمجتمع، والله تعالى ولي التوفيق.

الرئيس الدكتور محمد هيثم الخياط: الشيخ السلامي تفضل.

الشيخ محمد مختار السلامي: بسم الله الرحمن الرحيم، وصلى الله على سيدنا وعلى آله وصحبه وسلم، استمتعنا بالبحوث المتوالية من بحث ميداني يسر الله لدولة الكويت بحمد الله أن تعنى لكل المواطنين من كان منهم سويا، ومن لم يكن منهم سويا بدرجة ترضي

النفس فقد بلغ في بعض الأحوال - حسبما اطلعت وما تتبعت في ورقات، وهذه غاية ندعو الله أن ييسر الأمور حتى تصل كل الدول الإسلامية إلى السير على هذا النسق.

ثم استمعنا إلى بحث ثان أريد أن أعلق عليه من بعض النواحي إذْ وقع خلط بين سن الرشد وأن الجميع متساوون في الحقوق الرشد وبين التكليف، التكليف أمر والرشد أمر آخر، فالتكليف مرتبط بأمور منها: البلوغ والعقل، والبلوغ ليس كما جاء في الورقة من تحديده بالسن، وعلى كلٍّ فما سمعناه في الورقة من هذه الناحية لم يكن دقيقا الدقة الكاملة.

ثم استمعنا إلى بحث آخر، وفي هذا البحث أيضا وجدت فلسفة، هذه الفلسفة هي التي أعتقد أنها الأصل - مقارنة بما استمعناه في البحث المقدم لنا يوم أمس - إذ كانت العناية منصبة يوم أمس على الفرد وعلى ذات الفرد وعلى الحقوق الفردية للإنسان وعلى صياغة كل الحقوق بمراعاة الحقوق الفردية وتقريرها على كل شيء، والحذر على ألا يفوت شيء منها، وفي بعض البحوث اليوم استمعنا إلى وجهة نظر أخرى، أو فلسفة أخرى وهي الأسرة ودورها، وأعتقد حسبما جاء في توصية من [أنه لا بد من مراعاة الأوضاع الاجتماعية والدينية] أخلص إلى أن التوصيات التي يجب أن نصل إليها في نظري ينبغي أن تكون توصية عامة ترتبط أولا بالقيم والمفاهيم التي تعني هذه المجتمعات الإسلامية: دينية واجتماعية واقتصادية، أيضاً كما أن قضية مرجعية أو أصلية وقع التعرض إليها، وهي عند إخواننا علماء الشيعة هي قضية العرف، والعرف - كما أكده سماحة آية الله العظمى الشيخ محمد مهدي شمس الدين - هو العرف في عهد النبوة، أي عند نزول الوحي، وأعتقد أن كثرة استخدام قضية العرف في البناء عليها غير مقبول لأنّنا نعلم أن القرآن نزل بلسان عربي، وأن النبي صلى الله عليه وسلم تكلم

بلسان عربي وأن الفوارق بين اللغة العربية وبين استعمالاتها في عهد النبوة كانت محصورة جدا وضيقة جدا، فما نقرأه من كتاب الله ومن سنة رسول الله صلى الله عليه وسلم يفهم أصلا حسب الدلالات اللغوية العربية إلا ما أخرجه التشريع فأضاف إليه من القيود للدلالة على بعض العبادات أو المعاملات الدقيقة التي نص عليها، فيصبح التحول هذا، أو الزيادة هي زيادة عن المعنى المدلول عليه نصا وليس ذلك أخذا بالعرف حسبما يظهر، فقضية نفقات العلاج ومن يقوم بها؟ فقد ورد في الصحيحين: البخاري ومسلم أن النبي صلى الله عليه وسلم قال: «أنا أولى بالمؤمنين من أنفسهم، من ترك مالا فلورثته، ومن ترك كلا أو ضياعا فإليّ وعليّ». وبهذا أقام صلى الله عليه وسلم القاعدة في أن الدولة هي التي تتحمل النفقات التي يحتاج إليها الإنسان المسلم إذا كان ضعيفا لا يستطيع أن يقوم بها، سواء كان ذلك في صحته أو فيما ينبغي أن يكون له كإنسان محترم، وهنا يأتي ضمان تنفيذ هذا الحق في الإسلام، فيأتي مصرف الزكاة كأحد الواجبات المحققة للاستجابة للاحتياجات الضرورية للبشرية التي تضمن كرامة الإنسان، كركن من أركان الإسلام، فإذا لم تفِ بالقيام بكل ما تستحقه المجموعة فإنه - كما هو معلوم - فللدولة أن تضيف إلى ذلك ما يحقق الاكتفاء، هذا بعض ما يتعلق في ذهني، وشكرا على الإطالة التي صبرتم عليها، والسلام عليكم.

الرئيس الدكتور محمد هيثم الخياط: دكتور يوسف القرضاوي تفضل.

الدكتور يوسف القرضاوي: بسم الله الرحمن الرحيم والصلاة والسلام على رسول الله، وبعد. فقد استمعنا إلى جزء من البحوث الطبية وبعضها بحوث ميدانية - كما أشار أخي الشيخ السلامي - وبعضها بحوث شرعية، وهناك بعض ملاحظات أحببت أن أبديها في

بحث الدكتور شقيل الرحمن، فقد تحدث عن الأوضاع التشريعية في باكستان وقال: «إن هناك تعديلات حول ألفاظ مهينة للمريض» وهذا أمر لا بد منه، أي ألفاظ فيها إهانة أو تحقير أو يشعر المريض إزاءها أنه شخص مهان بأي صورة من الصور يجب تغييرها، فالإسلام يحفظ كرامة الإنسان ﴿**ولقد كرمنا بني آدم**﴾ ولا يجوز للإنسان أن يهان لا حياً ولا ميتاً، حتى بعد أن يموت [لا تذكروا هلكاكم إلا بخير] فكل ما يؤدي إلى الاستهانة بالإنسان غير جائز وخصوصا الإنسان غير جائز في حالة الضعف، فإن الإنسان في حالة الضعف تكون نفسه حساسة أشدّ الحساسية، وهذا ما ذكره القرآن في حالة الوالدين ﴿**إما يبلغن عندك الكبر أحدهما أو كلاهما فلا تقل لهما أف ولا تنهرهما وقل لهما قولا كريما**﴾ هذا من ناحية.

ومن ناحية أخرى ذكر البحث القيم الذي ألقاه الأخ العلامة شمس الدين نيابة عن العلامة محمد المهدي شمس الدين، وهو بحث في الحقيقة سررت به كثيراً لأنه يُقعِّد القواعد ويُؤَصِّل الأصول لهذا الفقه الجديد في حياتنا، ولا شك أن هناك أشياء أصبحنا نحس بها أكثر مما كان يحس بها القدامى من الفقهاء، ولو ظهرت في هذا الحزم وفي هذا الكم في عصرهم لظهر فقه أكثر مما نراه في فقهنا القديم؛ فلا بد أن نجدد فقهنا، وكما قالوا: إن الفتوى تتغير بتغير الزمان والمكان والعرف والحال... الخ.

فنحن يجب أن نجدد فقهنا بتجدد الوقائع؛ وإنما يتجدد الفقه بتأصيل الأصول وتقعيد القواعد قبل الفروع، أنا مع فضيلة الأخ الشيخ السلامي في قضية العرف والشرع، وإن كان من المقرر أن الحقيقة الشرعية تقدم على كل الحقائق، ثم الحقيقة العرفية ثم الحقيقة اللغوية ومن الأشياء التي قيدها بحث الشيخ شمس الدين أن العرف الذي يعتبر هو العرف زمن الوحي؛ لأن من الأشياء التي وقع فيها الكثيرون حمل

الألفاظ الشرعية على الأعراف الحادثة فيما بعد، وهذا خطر جدا إنما العرف المعتبر هو العرف زمن الشريعة، ومن الأشياء التي أرى أنها تحتاج إلى تقييد ما ذهب إليه الشيخ في قضية: «إن الرشد يبنى على العرف وليس يبنى على الدين ولا على الإطلاق بإطلاق» الإطلاق هذا صعب لأنه حتى العرف نفسه، العرف عندنا الذي يحكم على هذه الأشياء منبعه الدين والأخلاق، يعني العرف المعتبر لا بد أن يكون عرفا متأثرا بالحس الإسلامي وبالضمير الإسلامي وبالشرع الإسلامي؛ فهو مرجعه في النهاية الدين، إنما نقول: ليس المرجع المباشر للعرف هو الدين، إنما العرف الذي يحكم هذا، هو عرف صنعه الدين وصنعته الأخلاق والقيم الإسلامية، العرف المعتبر يعني.

ثم من ناحية أخرى أنا مع أخي الدكتور حسان حتحوت في حق المريض في العلاج، ولكنه ذلك المريض الذي وصل إلى حالة تستدعي العلاج، إذ هناك نوع من الأمراض الساكنة وكلنا يحمل عددا من تلك الأمراض، فلو أوجبنا على كل مريض أن يعالج وأن يتدخل المجتمع وتتدخل الدولة في العلاج لوجب على الدولة أن تعالج الناس جميعا، وما أظن أحدا من الحاضرين إلا ويشكو مرضا من الأمراض أو أكثر، لكن هذه أمراض ساكنة. أما المرض الذي يجب علاجه، فهو المرض الذي يوقف الحركة، المرض المؤلم الموجع، إنما قد يكون هناك حالة مرضية لا تستدعي، والأصل أن الأسرة هي التي تعالج المريض، فإذا لم تستطع فالمجتمع من حولها، أهل الحي في الإسلام لأن أهل الحي متضامنون إسلاميا، «ليس منا من بات شبعان وجاره إلى جنبه جائع» ثم الدولة في النهاية بمال الزكاة، ومال الغنائم، ومال الفيء، ومال الخراج، وأموال الدولة كلها فيما ذكره عليه السلام، «فإليّ وعليّ». وما قاله هذا أوصي به إمام المسلمين، وأوصى به رئيس الدولة الإسلامية

فهذا شأن كل دولة أن ترعى رعاياها، وخصوصا الضعفاء منها فإن لهم حقا أكثر من غيرهم، «كلكم راع وكلكم مسؤول عن رعيته».

هناك قضية أخرى: الحقيقة أن عامة الفقهاء قالوا: إن التداوي يدخل في باب المباحات، تداوي الإنسان من المرض ليس واجبا ولا مستحبا عند عامة الفقهاء، هو مباح فقط، بل ذهب بعض الأئمة - مثل الإمام أحمد - إلى أنه (أي المريض) لو توكل على الله وترك التداوي فهو أفضل له، ورد الإمام الغزالي في كتابه (الإحياء) على من قال: «ترك التداوي أفضل بكل حال»، ومن هنا اختلف الفقهاء في مسألة الزوج: هل يجب عليه علاج الزوجة أو لا يجب؟ والقول الصحيح أنه يجب، وخصوصا إذا كان مرضها مؤلما وكان دواؤها ناجعا، خصوصا وأنه في الزمن الأول لم تكن هناك الأدوية الناجعة، إذْ كانت الأدوية معظمها تخمينية ولم تكن تجريبية كما ينبغي، فإذا كان المرض مؤلما والدواء ناجعا فهنا يجب علينا أن نعالج، حتى ولو لم يرض هو - أي المريض - ولذلك فالأستاذ الدكتور حينما قال بالنسبة لمريض السرطان: «إذا كان هو يتألم من المرض ونستطيع أن نعالجه، يجب أن نعالجه» ولكن أيضا يجب أن يرضى بالعلاج ولا نأخذه رغم أنفه ونقيده ليعالج يجب أن يرضى هو بالعلاج فأكتفي بهذا القدر، وشكرا والسلام عليكم ورحمة الله وبركاته.

الرئيس الدكتور محمد هيثم الخياط: أخيراً تعقيبان: الأول للسيدة منيرة المطوع والآخر للدكتور محمد نعيم ياسين.

السيدة منيرة المطوع: بسم الله الرحمن الرحيم. أولاً أحب أن أشكر المنظمة على دعوتها الكريمة لي للمشاركة في هذه الندوة القيمة المهمة، وهي الندوة الفقهية الطبية العاشرة، وقد استمعت إلى آراء قيمة واستفدت كثيرا من العلماء والفقهاء في هذه الندوة، أردت أن أضيف:

الأخت الفاضلة دلال أعطتنا فكرة موسعة عن الخدمات الموجودة في الكويت والتشريعات الموجودة، وأردت فقط أن أضيف بعض المعلومات بحيث تتعرّفون على ما لدينا من تشريعات ومن الخدمات الأهلية، وخاصة الخدمات الوطنية، يقر الإسلام حق الفرد المحتاج على المجتمع الإسلامي، فطبعاً الجمعية الكويتية لرعاية المعوّقين، ولعلّ الكل يتساءل: لماذا الجمعية إذا كانت الحكومة توفر الخدمات العلاجية والتأهيلية والتربوية؟!! طبعا الجمعية بدأت سنة ١٩٧١ كمحاولة أن تُكْمِل الخدمات الموجودة في الدولة، مثل خدمات الإعاقات الشديدة التي تقبلها وزارة التربية، أما الحالات التي أقل من ٥٠ المستوى الحالات النفسية، التخلف العقلي أقل من ٥٠ ليس له أي مؤسسات تقبل هذه الحالات؛ فعملنا أن نعطيهم هذه الرعاية، أيضا التعوقات المركبة، مثلا: التعوقات الجسدية والعقلية حاولنا أن نعطيهم الخدمات وطبعا في الجمعية بدأنا الآن خدمات، وفرنا لحوالي ٢٨٠٠ فرد للطفل والأسرة من خدمات تأهيلية وإيوائية وعلاجية، نحن لدينا الآن خدمات إيوائية، وكل العلاج والخدمات بدون مقابل، نحن نرعى الكويتي وغير الكويتي بغض النظر عن جنسية الفرد، لدينا الآن مؤسسات، وهي: مؤسسة الإيواء الكامل وأيضا عناية الرعاية، ولدينا مركزان للتعليم والتأهيل في حولي، وأيضا في الجهراء، والعمل الجاري الآن على عمل مؤسسة كبيرة في الأحمدي، إيمانا منا بحيث إننا نبث الخدمات التأهيلية والعلاجية والتربوية، وأيضا خدمة المجتمع وتوعية المجتمع بالإعاقة والوقاية منها، والوقاية خير من العلاج، ولقد رأينا أنّه لا بدّ أن تكون هناك تشريعات - والتشريعات الأخت دلال كلمتنا بالضبط كيف بدأت - ولكن أحب أن أبين كيف تطورت هذه التشريعات، يمكن أن تسيروا في نفس الخطوات التي مررنا فيها، وهي تشريعات الصحة النفسية، فقد قضينا حوالي أكثر من ١٥ عاما في عمل

تشريعات القوانين للمعاقين، بدأنا من الـ inplementation للقوانين الدولية مثل تشريعات (مانيلا)، وتشريعات دولية أخرى، وكلها تتعلق بالتشريعات، وكلها دائرة مستديرة جال فيها العلماء والفقهاء وجميع المختصين في الإعاقات والصحة النفسية، وفي كل مجالات ما يهم الإنسان، وفي سنة ١٩٨١ كانت السنة الدولية، كانت لجنة فتبنت هذه اللجنة الوطنية implementation لهذه التشريعات صدر قانون - مثلما تفضلت الأخت دلال - سنة ١٩٩٢ بحيث يكون هناك قانون بشأن رعاية المعوقين، وهذا القانون يتكون من خمسة أبواب من ٢٣ مادة، ومن أهم مايتعلق بهذا القانون التعريفات والاصطلاحات التي نوقشت بالأمس كيف تتفقون على التسمية؟ فكانت المادة الأولى تناقش المصطلحات العلمية وبعد ذلك الحقوق والواجبات، وكانت أهم فقرة من بنود القانون هي مادة ١٦ وهي المجلس الأعلى عندما نعمل قانوناً دائماً كيف ننفذ هذه القوانين، المجلس الأعلى هذا المجلس هو الجهة المنفذة، هناك لجنة تنفيذية، وهي التي ترسم السياسات وتتابع تنفيذها، وهناك لجان مهمتها كيف تتعرف على أن هذا الإنسان معاق حتى يحصل على جميع الخدمات الإسكانية، وهي خدمات خاصة بالإسكان، وعمل المرافق العامة، والهيئات الحكومية كالمدارس على أساس نحصل على الـ Integration فهذا الإنسان يحصل على الخدمات وهذا حقه، وننفذ المساواة والمشاركة التامة في جميع حقوقه، وعندما عملنا هذه القوانين لم نفرق في الإعاقة، هي إعاقة عامة سواء نفسية، أو أمراض قلبية وسكر، ولكن في نهاية المطاف عملنا أن يكون هناك مناطق محظورة إن لم نتفق على الخدمة النفسية، أو الطب النفسي بحيث إن هذه الحالات ليست معاقة إنما فقط الإعاقات العقلية، أو التخلف العقلي ما هو بعد الخمسين التخلف العقلي، الخدمات التي وفرناها، بحيث اللجان الموجودة اللجان الطبية التي ستكون هناك بطاقة، والبطاقة هذه تعلم أن هذا المعاق له الخدمات التي أقرها

القانون، أيضا هناك لجان تعليمية ولجان تأهيلية، اللجنة التعليمية هي اللجنة المكلفة بالتعرف على ما هو موجود بالخدمات التربوية، مثلا هناك ألفاظ غير معروفة فنحن لا نعرف التخلف العقلي نود أن هناك تسميات كثيرة كيف نحن نحاول أنه هل هناك مؤسسات ترعى هذه الفئات؟ نحن ضد عزل هذا الإنسان خارج نطاق المجتمع يكون دمجه في المدارس وعمل المؤسسات، عمل أماكن تأهيل لإعادة هذا الإنسان للمجتمع لأنه إنسان عامل لا بد أن نطلق طاقته، وإن له حقاً في الحياة وحقاً في الرعاية والعناية، نود أن نؤكد حقّه في الخدمات النفسية، مشاكلنا تنحصر في أمرين، المجتمع العربي عامة ما يتقبل عندما يطلق المستشفى النفسي، أو الخدمات الوراثية، فنرجو أن يكون فيه توصيات بحيث تكون دعماً للقانون بحيث إنه يسهل كذلك الخدمات تكون عامة للجميع وشكرا.

الرئيس الدكتور محمد هيثم الخياط: شكرا، وأعتذر لأخي الدكتور نعيم ياسين وإلى الإخوة الذين قدموا بحوثهم لأني مضطر لقفل هذه الجلسة الآن بالإضافة إلى ذلك أبلغني الأخ الدكتور أحمد رجائي أن جلسة الساعة الثانية عشرة سوف تؤجل إلى الساعة الثالثة والنصف، وهكذا نرفع الجلسة وشكرا.

تشريعات الصحة النفسية في دول مجلس التعاون لدول الخليج العربية

الدكتور محمد خليل الحداد

رئيس مجلس إدارة مستشفى البحرين للأمراض النفسية

البحرين

تشريعات الصحة النفسية في دول مجلس التعاون لدول الخليج العربية، والعناصر المطلوب توافرها في التشريعات المقترحة كي تمرّ خلال المناقشات البرلمانية دون اعتراض

الدكتور محمد خليل الحداد(*)

لا أجد من الضروري - في موضوع تخصصي كهذا، مناقشة أسباب الاضطرابات النفسية التي تُعْزَى في العادة إلى أسباب فيزيولوجية أو اجتماعية، أو كليهما؛ أو مناقشة المعالجة الطبية لكل نوع من هذه الاضطرابات، وبدلاً من ذلك، فسوف أقتصر على مناقشة موضوع هذه الورقة؛ وهي مناقشة لم تأتِ من فراغ، وإنما جاءت نتيجة مساع دؤوبة وبحوث مختلفة بدأت، أول ما بدأت - من مبادرة المكتب الإقليمي لشرق المتوسط للتصدي لهذه القضية المهمة.

والحق أنه كما يُستدل من الورقات الرسمية الصادرة عن المكتب الإقليمي لشرق المتوسط، فإن نقص التشريعات العملية للصحة النفسية، في دول مجلس التعاون، يحول دون بلوغ المتخصصين إلى مراميهم، مما يقلص الدور الذي يضطلعون به في مجتمعاتهم ويجعله مقصوراً على الفحص الطبي وتقديم المعالجة للمرضى سعداء الحظ الذين إما

(*) هذا البحث لم يلق أثناء الندوة.

يدركون بأنفسهم حاجتهم للمعالجة، أو يتولى هذه المهمة عنهم أسرهم أو السلطة القضائية، وهيئات العدالة الأخرى.

وينصبُّ هذا البحث على الجوانب العامة للصحة النفسية، ومسؤوليات السلطات والمهنيين في مختلف المؤسسات المسؤولة عن تقديم خدمات الرعاية الصحية، والحيلولة دون إساءة معاملة المرضى، وتعزيز الصحة النفسية، والوقاية من المرض النفسي، والإدخال القسري للمصحات النفسية، والمعالجة النفسية الإلزامية للمصابين باضطرابات نفسية ممن يعدون «خطيرين» على أنفسهم وعلى المحيطين بهم والمجتمع بشكل عام.

ومن المعلوم أيضاً أنه عند دراستنا لتشريعات الصحة النفسية في دول مجلس التعاون، لا بد لنا من إيلاء اهتمام خاص إلى التقاليد الاجتماعية والثقافية والقانونية السائدة في بلداننا، التي يعد بعضها فريدا من نوعه، بل فذّ في بابه. ويتعيَّن علينا في هذا الصدد دراسة أوجه التشابه بين البلدان قبل أوجه التباين بينها، كي يتسنَّى إعداد توصيات عامة، في حين يتم التعامل مع الطبيعة الخاصة بكل بلد، وفقاً لظروفه، وفي إطار تقاليده.

ويجب أن لا يغيب عن الأذهان أبداً أن هذا الموضوع يرتبط ارتباطاً وثيقاً بالقانون والأحوال الاجتماعية - والاقتصادية لهذه البلدان. وينبغي مراعاة هذا الارتباط بشكل خاص في وقتنا الراهن، نظراً لأن دول مجلس التعاون تسعى لإقرار استقلالها الاقتصادي، بعدما نالت استقلالها السياسي في أوائل السبعينات، باستثناء المملكة العربية السعودية وحدها. وعلى الرغم من أن جميع هذه البلدان ذات جذور مشتركة وخصائص اجتماعية متماثلة جداً، إلا أنها تتباين تبايناً طفيفاً في أسلوبها في سنِّ التشريعات. فالمملكة العربية السعودية، بوصفها بلد

الحرمين الشريفين، تلتزم تمام الالتزام بتعاليم الإسلام الحنيف، في حين تقوم الدول الأخرى، والقريبة جدا من بلد الحرمين الشريفين، والتي لها تقريبا نفس التاريخ بجعل الشريعة الإسلامية مصدراً أساسيا للتشريع. وفي أعقاب أول اكتشاف للبترول في البحرين سنة ١٩٣٤، ثم بعد ذلك في سائر دول مجلس التعاون، تطوّرت اقتصاديات هذه البلدان بسرعة مذهلة وكان من الممكن أن تتسبب في صدمة اجتماعية عامة لولا استمساك الناس بثقافتهم الثرية الأصيلة المتأثرة تأثراً عميقاً بتعاليم الدين الإسلامي الحنيف والأعراف العربية العامة. فارتباط الشخص الوثيق بأسرته وعشيرته وقبيلته، ظاهرة شائعة مع أن تأثير المُعَاصَرة قد بدأ فعلاً في فصم عُرى هذه الأواصر والروابط. وقد تمكَّن الناس بل أجبروا على التفاعل مع الآخرين وتبادل الأفكار والسياسات معهم، وذلك عن طريق انتقال الرجال من المجالس إلى المكاتب، والتبادل التجاري مع الأجانب والتفاعل مع الثقافات الأخرى سواء المحلي منها والأجنبي، وتأثير وسائل الإعلام، والبث التلفزيوني عن طريق الساتلايت (الأقمار الصناعية)، وأهم من ذلك كله، التعليم والإلمام باللغات الأجنبية، ومن الأمثلة على ذلك، الانضمام إلى المعاهدات الدولية المتعلقة بحقوق الإنسان. فقد انضمت معظم دول مجلس التعاون إلى المعاهدة الدولية للأمم المتحدة الصادرة في ١/١٢/١٩٦٦ والمتعلقة بالحقوق المدنية والسياسية للإنسان. غير أن بعض الدول قد أبدت تحفظها على بعض مواد هذه المعاهدات المتعلقة بالأسرة، وحق المرأة في التصويت، وذلك بسبب العادات الإسلامية الراسخة الموروثة والثقافة العربية السائدة في المنطقة بدرجة أو أخرى.

وفي ظل كل هذه المؤثرات، بذلت دول مجلس التعاون كل ما في طاقتها للتوفيق بين مؤسساتها وتشريعاتها. وكانت هذه البلدان ملتزمة

بقبول معايير المُعَاصَرة، من جهة، كما عملت على أن لا يتعارض ذلك مع تعاليم الإسلام، من جهة أخرى.

ولا يزال يتعيَّن على الهيئة التشريعية في كل بلد من البلدان، أن تبحث في ممارسات وخبرات الأمم المتقدمة بصرف النظر عن الاختلافات الثقافية، وأن تراعي في الوقت نفسه جذورها الثقافية وتعاليم الإسلام. فعلى هذه البلدان أن تناضل من أجل التوفيق بين هاتين القوتين، وإلا حدثت اضطرابات اجتماعية من شأنها إبطال الغرض من التشريعات.

وتُعد الحقوق الطبيعية للفرد التي تقع ضمن حقوق الإنسان الأساسية، حجر الزاوية في مسألة تشريعات الصحة النفسية. ويتطلب الأمرُ دراسة نطاق هذه الحقوق، في كلٍّ من الشريعة الإسلامية والقوانين الوضعية لدول مجلس التعاون. كما ينبغي دراسة مختلف القوانين والتشريعات المتصلة بممارسة مهنة الطب في كل دولة من دول مجلس التعاون، دراسة متعمقة، بوصفها خطوة نحو المُعَاصَرة، وذلك بالإضافة إلى الحقوق المعلنة أو الممنوحة للناس عن طريق القوانين المدنية في كل بلد. كما يجب دراسة أسلوب قانون العقوبات في ما يتعلق بتحديد المسؤولية الجنائية للأشخاص الذين يعانون من اضطرابات نفسية، كالجنون أو التخلف العقلي، وذلك بغرض تعزيز هذا المجال من مجالات التشريع تمشياً مع أصول التشريع في الدول الحديثة.

وكي يتسنَّى لنا بلوغ مرامينا في تعزيز تنقيح تشريعات الصحة النفسية بغية تحقيق الأغراض المذكورة آنفاً، يتعيَّن علينا أن نحدِّد الوسائل اللازمة، على النحو التالي:

أ - خلق وعي جماهيري عن طريق تكوين مجموعات للمناقشة تتألف من

مهنيين، ومدرسين، ومربِّين، والنشطاء من حاملي لواء الأسرة في كل دولة.

ب - التثقيف والاهتمام بالوقاية من الأمراض النفسية، يمكن أن يؤديا إلى التبكير في اكتشاف ومعالجة المرضى المُحتَملين من جميع المراحل، بدءاً من رياض الأطفال، فالمدارس، فالجامعات، فالأندية الاجتماعية والرياضية، فالإصلاحيات، فأماكن العمل.

ج - إنشاء مؤسسات الصحة النفسية وتطوير ما هو قائم منها، وإدماجها في المؤسسات والمراكز الطبية الأخرى، وذلك درءاً لوصم المريض النفسي.

د - تنقيح القوانين الحالية الخاصة لتأكيد حقوق الإنسان فيما يتعلق بهويته، وبدنه، وخصوصياته، وألا يقتصر هذا التأكيد على حقوق المرضى، بل يشمل كذلك إنشاء سلطات تتوافر لها الوسائل الكافية لأن تؤدي على أكمل وجه واجب رعاية المرضى ومتابعتهم بعد انتهاء مدة علاجهم، وحماية المجتمع ممن لديهم ميول إجرامية.

هـ - الاتفاق مع أعضاء مهنة القانون في كل بلد، حول الأمور المتعلقة بالجنون، وطرق إثبات المسؤولية الجنائية أمام المحاكم، والمعاملة العامة للمساجين ذوي الميول الإجرامية.

وفي ما يلي أهم المجالات الأساسية للتشريع التي تؤثر في قوانين ولوائح الصحة النفسية في دول مجلس التعاون:

١ - الحقوق الأساسية للأفراد.

٢ - القوانين المنظمة لممارسة مهنة الطب.

٣ - القانون الجنائي.

وسوف ألقي الضوء على كلٍّ من هذه المجالات في ما يلي:

١ - الحقوق الأساسية للأفراد

قامت كل دول الخليج تقريباً، في ماعدا المملكة العربية السعودية، بإصدار بعض القوانين المدنية، أو النظر في إصدارها من قِبَل المجالس الاستشارية أو التنفيذية لهذه الدول. غير أنه قد لوحظ، مع الأسف، أن البلدان التي أصدرت بالفعل قوانينها المدنية، لم تتعرض لموضوع حقوق الفرد التبعيّة.

ففي الكويت، لم يتم تحديد الحقوق التبعيّة للفرد المدني للدولة الصادر بمقتضى القانون ٦٧ لسنة ١٩٨٠، مع أنه قد تم التعرُّض تحديداً لمسألة الحقوق في فصل خاص، هو الفصل ١١.

وفي الإمارات العربية المتحدة لم يتم تحديد الحقوق التبعيّة في القانون المدني للدولة الصادر بمقتضى القانون الاتحادي (٥) لسنة ١٩٨٥، والمتعلق بالمعاملات المدنية مع أنه قد تم إفراد فقرة خاصة بهذه الحقوق في الجزء الأول من الفصل الثالث. غير أنه يلاحَظ أن المادة ٩٠ من هذا القانون تنص على حق أي شخص، يتعرَّض لانتهاك أي حق من حقوقه التبعية، في الحصول على تعويض متى أثبت تضرره من هذا الانتهاك.

أما في دولة قطر، فلم يتم تحديد حقوق الفرد التبعية في القانون المدني والتجاري، الصادر بمقتضى القانون ١٦ لسنة ١٩٧١.

وقد آن الأوان لتلك البلدان التي أصدرت بالفعل قوانينها المدنية أن تعالج هذه القضية بتعديل قوانينها، ومناشدة سائر بلدان مجلس التعاون التي تعكف الآن على دراسة أمثال هذه التشريعات، بأن تضمن تشريعاتها أمثال هذه الحقوق الشخصية بحيث تكون هذه التشريعات مماثلة أو مساوية لقوانين البلدان التي تطبّق نظام القانون المدني.

وتُقرّ الحقوق التبعيّة ما يلي:

١ - لكل إنسان شخصية قانونية، وله أن يتمتع بكامل الحقوق المدنية.

٧ - لكل شخص حقوق شخصية، مثل الحق في الحياة، والحق في عدم انتهاك حُرُماته، والحق في السلامة، والحق في احترام اسمه وسمعته وخصوصياته. وهي حقوق ثابته لا يمكن التصرّف فيها.

٣ - كل شخص قادر تماماً على ممارسة حقوقه المدنية، وينص القانون في بعض الأحيان على التمثيل أو المساعدة.

٤ - كل شخص يمارس حقوقه المدنية بالاسم المخصص له والمذكور في شهادة ميلاده.

٥ - كل شخص ملزم بممارسة حقوقه المدنية بحسن نية.

٦ - لا يجوز ممارسة أي حق بقصد الإضرار بالآخرين، أو بطريقة مغالى فيها أو غير معقولة أو تتعارض مع متطلبات حُسنْ النية.

٧ - لا يجوز لأي شخص التخلّي عن ممارسة حقوقه المدنية، إلا إذا تعارضت مع النظام العام.

٨ - لكل شخص حرمته وحقه في السلامة. ولا يمكن التعرض له، دون موافقته الحرة المستنيرة، إلا في الحالات التي ينص عليها القانون.

٩ - لا يجوز إجبار أي شخص على تلقي أي نوع من أنواع الرعاية، سواء أكان ذلك إجراء فحص، أو أخذ عينات، أو إزالة أنسجة، أو أي معالجة، أو أي إجراء آخر، من دون موافقته.

وإذا كان الشخص المعني غير قادر على قبول أو رفض الرعاية، فيمكن أن يتولى ذلك عنه شخص مفوض بذلك قانوناً، أو بتوكيل رسمي مقدم من الشخص المعني توقعا منه باحتمال إصابته بالعجز.

١٠ - على الشخص الذي يتولى قبول أو رفض الرعاية نيابةً عن شخص

آخر، أن يستهدف مصلحة هذا الشخص وحدها. آخذاً في الحسبان قدر الإمكان، ما قد يكون أبداه من رغبات.

ولا بد، في حالة إعطائه موافقته، أن يتأكد من أن هذه الرعاية مفيدة، مع وخامة أو استدامة بعض آثارها، وأنه يوصي بها في مثل هذه الظروف، وأن الأخطار التي تنطوي عليها تتناسب مع الفائدة المتوقعة منها.

١١ - لا تكون الموافقة على الرعاية الطبية ضرورية في حالة الطوارىء، إذا كانت حياة الشخص معرَّضة للخطر أو كانت سلامته مهدَّدة، وتعذر الحصول على هذه الموافقة في الوقت المناسب.

غير أن هذه الموافقة تكون ضرورية إذا كانت الرعاية المطلوبة غير عادية أو أصبحت عديمة الفائدة؛ أو كان الشخص المعني لا يمكنه تحمل نتائجها.

١٢ - تتم الموافقة على الرعاية التي تتطلبها الحالة الصحية للقاصر، من قِبَل الشخص ذي السلطة الأبوية أو من قبل الوصي على القاصر.

غير أن القاصر الذي يكون عمره ١٤ سنة أو أكثر، له أيضاً أن يعطي وحده الموافقة على هذه الرعاية. وإذا تطلبت حالته الصحية بقاءه في مؤسسة للخدمات الصحية أو الاجتماعية لمدة تزيد على ١٢ ساعة، يجب إعلام الشخص ذي السلطة الأبوية أو الوصي بذلك.

١٣ - إذا تأكد عدم قدرة الشخص الراشد على إعطاء الموافقة على رعاية تتطلبها حالته الصحية، فيمكن أن يعطيها وكيله، أو وصيه، أو القيم عليه. وإذا لم يكن لهذا الراشد من يمثله. فيمكن لزوجه إعطاء هذه الموافقة، فإن كان الزوج ممنوعا من إعطاء الموافقة، أو كان بغير زوج، فيمكن أن يعطي هذه الموافقة أحد أقربائه، أو أحد من يهمهم أمر هذا الراشد.

١٤ - لا بد من الحصول على إذن من المحكمة إذا كان الشخص الذي يحق له الموافقة على الرعاية التي تتطلبها الحالة الصحية لقاصر أو راشد غير قادر على الموافقة على الرعاية، أو قد مُنع من إعطاء الموافقة، أو إذا رفض هذا الشخص، دون مبرر، إعطاء الموافقة المطلوبة، كما يلزم إذن المحكمة إذا قام شخص راشد غير قادر على إعطاءالموافقة على الرعاية، برفض تلقِّي الرعاية رفضا قاطعا، إلا في حالات الطوارىء الصحية.

كما يلزم الحصول على إذن المحكمة لإلزام أي قاصر يكون عمره ١٤ سنة أو أكثر على قبول الرعاية إذا رفضها، إلا في حالات الطوارىء عند تعرض حياته أو سلامته للخطر، فيكفي عندئذ موافقة الشخص ذي السلطة الأبوية أو الوصي على القاصر.

١٥ - يستطيع الشخص الراشد القادر على إعطاء موافقته، أن يقبل نقل أحد أعضاء بدنه إلى شخص آخر، شريطة أن يتناسب الخطر الناجم عن ذلك مع الفائدة المتوقعة. ويمكن نقل أحد أعضاء القاصر أو الراشد غير القادر على الموافقة على ذلك شريطة أن يكون من الممكن تجدد هذا العضو وألا يترتب على نقله مخاطر صحية جسيمة، وذلك بموافقة الشخص ذي السلطة الأبوية، أو المفوض، أو الوصي، أو القيم، وبإذن من المحكمة.

١٦ - يستطيع الراشد القادر على إعطاء الموافقة اللازمة، أن يسمح بإجراء تجربة عليه، شريطة أن يتناسب ما يتعرض له من خطر مع الفائدة المتوقعة.

١٧ - يمكن إجراء تجربة على القاصر أو الراشد غير القادر على إعطاء الموافقة، شريطة عدم تعرض صحة أي منهما لخطر جسيم، وعدم اعتراضه على إجراء التجربة، وفهمه لطبيعة هذه التجربة وعواقبها.

ومن الضروري في هذه الحالة الحصول على موافقة الشخص ذي السلطة الأبوية، أو المفوض أو الوصي أو القيِّم.

ويمكن إجراء تجربة على شخص واحد فقط، إذا كان من المتوقع أن يعود ذلك على صحته بالنفع، ويلزم في هذه الحالة إذن المحكمة.

ويمكن إجراء تجربة على مجموعة من القُصر أو الراشدين غير القادرين على إعطاء الموافقة، في إطار مشروع بحثي معتمد من قبل وزير الصحة، بناء على مشورة إحدى لجان الأخلاقيات التابعة لمستشفى يعينه الوزير، أو لجنة أخلاقيات يشكلها الوزير لهذا الغرض. هذا، ولا تجرى مثل هذه التجربة إلا إذا كان متوقعا لها مردود صحي يعود على أشخاص مماثلين للأشخاص الذين أجريت عليهم التجربة، من حيث الفئة العمرية، أو العلة، أو العجز.

أما الرعاية التي تعدها لجنة الأخلاقيات التابعة للمستشفى المعني، رعاية مبتكرة تتطلبها الحالة الصحية للمريض، فلا تعد تجربة.

١٨ - يمكن أن يستخدم في أغراض البحوث أي جزء مأخوذ من جسم المريض في إطار ما يتلقاه من رعاية، سواء أكان عضوا أم نسيجا أم أي مادة أخرى، وذلك بعد موافقة المريض أو موافقة الشخص المؤهل لذلك.

١٩ - إذا دُعيت المحكمة للفصل في طلب يتعلق بالرعاية، أو نقل جزء من جسم الشخص، أو إجراء التجارب عليه، فإنها تحصل على آراء الخبراء، والشخص ذي السلطة الأبوية، أو المفوَّض، أو الوصي، أو القيم، ومجلس الوصاية. كما يجوز لها أن تطلب رأي أي شخص يُبدي اهتماما خاصا بالشخص المعني بالطلب.

كما يتعين على المحكمة أن تحصل على موافقة الشخص

المعني، ما لم يكن ذلك مستحيلا، وأن تحترم رفضه، ما لم تكن الرعاية ضرورية لحالته الصحية.

٢٠- تُعطى الموافقة خطيا على أي رعاية لا تقتضيها الحالة الصحية للشخص، أو نقل جزء من جسمه، أو إجراء أي تجربة عليه. وللشخص أن يرجع عن موافقته، ولو شفويا.

٢١- لا يتقاضى الشخص أجرا مقابل نقل أحد أجزاء أو مشتقات جسمه، ولا يتم تكرار هذا النقل إذا انطوى على خطر على صحته.

كما لا يتقاضى الشخص مكافأة مالية في مقابل إجراء تجربة عليه، اللهم إلا تعويضا عما عاناه من خسارة وإزعاج.

٢٢- لا يجوز حجز أي شخص في أي مؤسسة للخدمات الصحية أو الاجتماعية بغرض إجراء فحص نفسي له، أو بناء على تقرير حول فحص نفسي أجري عليه ، من دون موافقته، أو من دون إذن من المحكمة.

ويستطيع الشخص ذو السلطة الأبوية أن يُعطي هذه الموافقة، أو أن يعطيها المفوض أو الوصي أو القيم، في حالة الراشد الذي لا يستطيع إعطاء موافقته. وإذا لم يعترض الشخص المعني، فيجوز لممثله فقط إعطاء هذه الموافقة.

٢٣- يجوز للمحكمة أن تأمر بحجز الشخص في مؤسسة للخدمات الصحية أو الاجتماعية لإجراء فحص نفسي له بناء على طلب أحد الأطباء أو أحد المهتمين بالشخص على الرغم من عدم إعطاء الموافقة على ذلك، إذا كان لدى المحكمة من الأسباب القوية ما يحملها على الاعتقاد بأن هذا الشخص خطر على نفسه أو على الآخرين بسبب حالته النفسية، ولا يجوز في حالة رفض هذا الطلب، التقدم بطلب آخر، ما لم تتوافر حقائق مختلفة.

وإذا كان الخطر وشيكا، يجوز حجز الشخص دون إذن المحكمة، عملا بنص التشريع الذي يقضي بحماية المرضى النفسيين.

٢٤ - حكم المحكمة الذي يقضي بحجز شخص ما بغرض إجراء فحوص نفسية له، يقضي كذلك بتقديم تقرير إلى المحكمة في خلال سبعة أيام. كما يقضي - إذا لزم الأمر - بإجراء أي فحوص طبية أخرى إذا تطلبت الظروف ذلك.

ولا يجوز إفشاء ما جاء في التقرير إلى أحد غير الجهات المعنية، من دون إذن المحكمة.

٢٥ - يتناول تقرير الطبيب بشكل خاص مدى ضرورة حجز الشخص في المؤسسة، إذا كان خطرا على نفسه أو على الآخرين بسبب حالته النفسية، ومدى قدرة الشخص المفحوص على رعاية نفسه أو إدارة أملاكه، وتحبيذ إيداع الراشد في مؤسسة للإشراف عليه حماية له.

٢٦ - إذا جاء في التقرير ضرورة حجز الشخص في إحدى المؤسسات، فلا يجوز حجزه من دون موافقة، إلا إذا أذنت بذلك المحكمة.

يجب أن يحدد الأمر الصادر بحجز الشخص، مدة هذا الحجز. وفي كل الحالات، يجب إخراج الشخص المحجوز من المؤسسة فور انتفاء أسباب الحجز، حتى وإن لم تنته مدة الحجز المحددة.

٢٧ - تقوم مؤسسة الخدمات الصحية أو الاجتماعية بإعلام كل شخص محجوز بها ويتلقى الرعاية فيها، ببرنامج الرعاية المعد له، وأي تغير هام في هذا البرنامج أو في أحواله المعيشية.

وإذا كان الشخص دون سن الرابعة عشرة أو غير قادر على إعطاء موافقته، فتُعطى هذه المعلومات إلى الشخص المفوض بإعطاء الموافقة على الرعاية.

٢٨ - لكل طفل الحق في الحماية والأمان والعناية التي يستطيع أبواه، أو من يحل محلهما، توفيرها له.

٢٩ - يجب أن تُتخذ كل القرارات التي تخص الطفل، في ضوء مصالحه واحترام حقوقه.

وبالإضافة إلى الاهتمام بحاجات الطفل المعنوية، والذهنية والعاطفية، والمادية، ويجب الاهتمام بسنِّه، وصحته، وشخصيته، وبيئته الأسرية، وسائر أحواله.

٣٠ - تتيح المحكمة الفرصة للطفل، عند تقديم أي طلب إليها يتعلق بمصلحته، لأن تستمع إليه إذا كانت سنّه وقدرته على التمييز تسمحان له بذلك.

٣١ - لكل شخص الحق في احترام سمعته وخصوصياته. ولا يجوز لأحد انتهاك خصوصيات الآخرين من دون موافقتهم أو موافقة ورثتهم، ما لم يكن ذلك بأمر القانون.

٣٢ - تُعد الأفعال المذكورة بعد، على وجه الخصوص، انتهاكا لخصوصيات الشخص:

أ - دخول مسكنه أو أخذ أي شيء منه:

ب - تعمُّد عرقلة وسائل اتصاله الخاصة أو استخدام هذه الوسائل.

ج - انتحال أو استغلال هيئته أو صوته في أثناء وجوده في مقره الخاص به.

د - مداومة مراقبة حياته الخاصة بأي وسيلة من الوسائل.

هـ - استخدام اسمه أو هيئته، أو شبهه، أو صوته في أي غرض سوى تزويد الجمهور بالمعلومات المسموح بإعلانها:

و - استخدام مراسلاته أو مخطوطاته أو سائر مستنداته الشخصية.

٣٣ - لا يجوز لأي شخص جمع معلومات حول شخص آخر ما لم يكن

هناك سبب شرعي قوي لذلك. وحتى في هذه الحالة، لا يجوز له أن يجمع أكثر من المعلومات المطلوبة. ولا يجوز إفشاء مثل هذه المعلومات إلى شخص ثالث، أو استخدامها في غير الأغراض التي جمعت من أجلها، إلا بموافقة الشخص المعني أو المفوض عنه. وبالإضافة إلى ذلك لا يجوز، لدى جمع المعلومات أو استخدامها، انتهاك خصوصيات الشخص المعني أو الإساءة لسمعته.

٣٤- يجوز لأي شخص، أن يفحص وينقح المعلومات التي جمعها عنه شخص آخر، بلا مقابل، بغرض اتخاذ قرار بشأنه، أو لإعلام شخص ثالث بهذه المعلومات. كما يجوز عمل نسخة من هذه المعلومات لقاء تكلفة معقولة، على أن تكون هذه النسخة واضحة.

٣٥- لا يجوز لمن لديه معلومات عن شخص آخر، أن يحبس عنه هذه المعلومات ما لم يكن هناك سبب قوي وشرعي لذلك، أو ما لم تكن هذه المعلومات ذات طبيعة قد تلحق الضرر بشخص ثالث.

٣٦- يجوز لأي شخص تصحيح ما يتعلق به من معلومات غير دقيقة أو غير كاملة أو ملتبسة. كما يجوز له حذف المعلومات القديمة أو المعلومات التي لا يبررها الغرض الأساسي الذي جُمعت من أجله، كما يجوز له إضافة ملاحظاته، خطيا، على هذه المعلومات.

ويتم دون إبطاء إخطار جميع من سبق لهم تلقي هذه المعلومات في الشهور الستة السابقة، كما يتم إخطار الشخص الذي قدم هذه المعلومات، إذا لزم الأمر. وتسري هذه القاعدة نفسها في حالة تقديم طلب لتنقيح هذه المعلومات، إذا ما كان هنالك ارتياب في صحتها.

٣٧- وفي الحالات التي لا يحدد فيها القانون شروط وأشكال ممارسة حق فحص وتعديل المعلومات، تقوم المحكمة بتحديدها إذا طلب منها ذلك.

٢ - القوانين التي تنظِّم مزاولة مهنة الطب

لدى قيامي بدراسة التشريعات الصادرة عن دول مجلس التعاون، وجدت أن جميع البلدان قد أصدرت قوانين منظمة لمزاولة مهنة الطب، بما فيها، طب الأسنان. ومن الغريب جدا أن جميع هذه البلدان قد أغفلت في قوانينها ممارسة الطب النفساني. وأحدث ما صدر من هذه القوانين، هو قانون سلطنة عُمان الصادر بالمرسوم السلطاني رقم ٢٢ لسنة ١٩٩٦. والذي شمل العاملين في المهن الطبية المساعدة، الذين يساعدون الأطباء في أداء واجباتهم المهنية، مثل إخصائيي الأشعة السينية، والممرضات، وإخصائي العلاج الطبيعي، وما إلى ذلك. كما شمل القانون بعض القضايا الأخلاقية، كالقضايا المتعلقة بأداء الأطباء، وواجباتهم، وضرورة التزامهم بالمعايير الأخلاقية للمهن الطبية. وقد أصدرت قطر قانوناً مستقلاً ينظم مزاولة مهنة الطب. وأما تشريعات البلدان الأخرى فلم تعالج سوى مسألة الترخيص لأعضاء مهنة الطب بمزاولة المهنة.

وإني أرى وأوصي بدراسة هذا الجانب من التشريعات، دراسة جادةٍ ووافية، كي يتسنى التعامل مع القضايا التي تتعلق بعمل الأطباء النفسانيين، وسائر المهن التي تساعدهم على الاضطلاع بمهام عملهم، كعلماء النفس والإخصائيين الاجتماعيين.

وقد كان لمهنة الطب، منذ وقت طويل، مجموعة من البيانات الأخلاقية التي وضعت لصالح المريض في المقام الأول. ويجب على الطبيب، بوصفه أحد أعضاء مهنة الطب، أن يعرف أن مسؤوليته لا تقتصر على المرضى فحسب، وإنما تشمل كذلك المجتمع وسائر المهنيين الصحيين. لذا، يجب أن تتضمن القوانين تفاصيل واضحة للمعايير السلوكية التي تحدد مبادىء السلوك الشريف للطبيب. وذلك

أمر ضروري لحماية المرضى من سوء المعاملة التي قد تنجم عن تجاوز الطبيب لحدود المهنية، وذلك بإهماله في معالجة المريض، أو جهله، أو عدم متابعته لأحدث تطورات المعالجة وطرائقها. ويجب علينا اتخاذ موقف جاد ضد الأمية المهنية. ويمكن إدراج هذه المعايير في القوانين المتعلقة بتنظيم مهنة الطب في دول مجلس التعاون. وفي ما يلي التعديلات المقترحة في هذا الشأن:

١ - يكرّس الطبيب نفسه لتقديم خدمات طبية ذات كفاءة، مع العطف على المريض واحترام كرامته كإنسان.

٢ - يتعامل الطبيب مع المرضى والزملاء بأمانة، ويسعى للكشف عن ضعاف النفس منهم، أو من يفتقدون الكفاءة، أو من هم ضالعون في الاحتيال والمخادعة.

٣ - يحترم الطبيب القانون، ويدرك مسؤوليته عن السعي إلى تغيير ما ليحقق أفضل ما يمكن للمريض.

٤ - يحترم الطبيب حقوق المرضى، والزملاء، وسائر المهنيين الصحيين، ويصون ثقة المريض وخصوصياته. وذلك في إطار الضوابط القانونية.

٥ - يواصل الطبيب تحصيل المعارف العلمية، وتطبيقها، وتحسينها؛ ويتيح المعلومات المناسبة للمرضى، والزملاء، والجمهور؛ ويتشاور، إذا لزم الأمر، مع غيره من المهنيين الصحيين، وينتفع بمواهبهم.

٦ - للطبيب، عند إيتاء الرعاية المناسبة للمريض، الحرية في اختيار مريضه، ومساعديه، والبيئة التي يقدم فيها الخدمة الطبية، فيما عدا حالات الطوارىء.

٧ - يقرّ الطبيب بمسؤوليته في المشاركة في الأنشطة التي تسهم في تحسين أوضاع المجتمع.

كما ينبغي تعزيز هذه القوانين عن طريق التحكيم كي تنص على إجراءات للتعامل مع الشكاوي من السلوك غير الأخلاقي للطبيب، وتنص على إعطاء الطبيب المتَّهم الحق في قيام محام بتمثيله أمام مجلس تأديبي مؤهل، والحق في اختيار أقلية من هذا المجلس، وإعطاء المجلس التأديبي سلطة إنفاذ السلوك الأخلاقي.

٣ - القانون الجنائي

لقد أعد كل بلد من دول مجلس التعاون، مجموعة قوانينه الجنائية، عدا المملكة العربية السعودية التي تلتزم التزاما تاماً بمبادىء الشريعة كما جاءت في القرآن الكريم والسنَّة النبوية الشريفة. وكان البريطانيون قد أدخلوا في دول مجلس التعاون معظم القوانين المعمول بها في بلادهم، وذلك في أثناء عهد الاحتلال. ولكن هذه القوانين نفسها كانت قد وفدت من بلدان إسلامية أخرى، مثل السودان واليمن وشمال نيجيريا وشبه القارة الهندية. وبعد استقلال دول مجلس التعاون، أدخلت على هذه القوانين تعديلات عديدة أدت إلى بعض الارتباك نتيجة للاستخدام غير الدقيق لبعض المصطلحات الطبية والتقنية. وأصابت الحيرة فقهاء القانون فيما يتعلق بتعريف هذه المصطلحات، ولا سيّما المصطلحات المتصلة بالجنون.

وإذا شئنا أن نتبع الأسلوب التجريبي إزاء هذه المشكلة، وجب علينا أن ندرس قضية الجنون. وهل الجنون مفهوم طبي أم قانوني؟ فرجال القانون يعدونه مصطلحاً طبياً، بينما يعده الأطباء مصطلحا قانونيا أو مصطلحا طبياً - قانونياً.

وقد عدَّته معظم المحاكم في العالم، بما فيها محاكم دول مجلس التعاون، مفهوماً قانونياً. «ففي جميع حالات إثبات الجنون بحكم القانون، يكون من المهم جدا النظر في الظروف التي سبقت حدوث

الجريمة، والتي لابستها، والتي تلتها». لذا فإن للمحكمة أن تقبل أو ترفض رأي الخبير الطبي، وتستطيع أن تقضي بحكمها وفقا لاطمئنانها للدليل على أن المتهم كان مجنونا أو سليم العقل، في أثناء ارتكاب الجريمة المدعاة، حتى وإن اختلف ذلك مع رأي الخبير.

وفيما يتعلق بتاريخ مواد قانون العقوبات المتعلقة بالجنون، والمطبَّقة في دول مجلس التعاون، يجدر بنا أن نستعرض في عجالة تاريخ مفهوم الجنون، بوصفه دفعا للمسؤولية الجنائية، وأن نفهم معنى مصطلح الجنون، ومستوى الإثبات الذي تطلبه المحاكم من الأطباء النفسانيين الذي يُدْعون في العادة بوصفهم شهود خبراء.

وإذا ما استعرضنا، تاريخياً، القانون الإنكليزي أولا، نجد أن الدفع بالجنون محدَّد بالمعايير التي وضعها القضاء في قضية مالك نغتن MacNaghten. ومنذ ذلك الحين لا يزال القضاة الإنكليز يتبعون في توجيههم المحلفين نفس المبادىء التي أرسيت في هذه القضية.

«ينبغي إعلام المحلفين في جميع القضايا بأنه يفترض أن كل إنسان سليم العقل ويتمتع بدرجة كافية من التمييز تجعله مسؤولا عن جرائمه، إلى أن يثبت عكس ذلك على نحو يطمئن له المحلفون. ولكي يتم دفع المسؤولية الجنائية بسبب الجنون، يجب أن يتم بوضوح إثبات أن المتهم كان في وقت ارتكاب الجريمة متأثرا بنقص التمييز بسبب مرض عقلي بحيث لا يدري طبيعة ونوعية ما كان يرتكبه من أفعال، أو أنه كان يدري ما يفعل، لكن لم يعرف أن ما يفعله كان خطأ».

ويبدو أنه باستخدام التعبير «نقص التمييز بسبب مرض عقلي»، تكون مبادىء ماك نغتن قد قدَّمت اختبارا عقليا لتقييم حالة المتهم. وللدفع بانتفاء المسؤولية الجنائية بسبب الجنون، يكون على المتهم،

في إنكلترا، أن يبين أن ملكاته العقلية أو الفكرية كانت مشوشة بحيث أن قدراته على تمييز الحقائق والأفعال لم تكن تؤدي عملها بشكل سوي. ويبدو أن ذلك المفهوم للمرض النفسي ضيق للغاية، لأنه يغفل الاضطرابات الانفعالية التي تشكل أساس الكثير من حالات الاضطراب النفسي. لذا فقد تعرضت قوانين ماك نغتن للهجوم في تقرير اللجنة الملكية المعنية بعقوبة الإعدام.

وفي بلدان دول مجلس التعاون، تستخدم معظم النصوص التي تعفي المتهم من المسؤولية الجنائية بسبب الجنون، مفهوما أوسع من مفهوم ماك نغتن، فالمحاكم هنالك تنظر إلى الحالة النفسية للمتهم في وقت ارتكابه للفعل الخطأ، وتسأل عما إذا كان المتهم آنذاك غير مقدر لطبيعة أعماله بسبب الجنون الدائم أو المؤقت أو خلل عقلي. فإن كان الجواب بنعم، أعفاه القانون الجنائي من المسؤولية.

ونظراً لعدم وجود مطبوعات عن الحالات المبلَّغة في دول مجلس التعاون، فإنني لم أجد تفسيرا مناسبا للمصطلحات «الخلل العقلي». و«طبيعة الفعل»، و«نوعية الفعل». ولهذا السبب فإننا نحتاج لمناقشة هذه المصطلحات مع المحامين ورجال القضاء في الإقليم، كي نتوصل إلى فهم مشترك نخدم به المجتمع والفرد كما ينبغي. وفي هذا الخصوص، يرى رجال القانون المصريون أن المواد المتعلقة بالجنون في قانون العقوبات المطبق في المنطقة، لا تنسب، حتى الآن، إلى تاريخ القانون العام، مع أن هذه المواد قد وفدت من أجل المستعمرات. لكنني أعلم أن هذه المواد قد وفدت مباشرة من قانون العقوبات المصري عن طريق الإنكليز. غير أنني أعرف أن هذه المصطلحات لم تشتق من القانون الإنكليزي وإنما من القانون الجنائي المصري الذي جاء به الإنكليز في أثناء حكمهم في المنطقة.

كما نحتاج إلى دراسة التفسير الصحيح لمختلف المصطلحات المتعلقة بالجنون، والاتفاق على إذا كانت هذه المصطلحات قانونية، أم طبية، أم خليط من هذا وذاك. والجنون المؤقت، والتوهُّم، والصرع، والسلوك التلقائي، والفصام، والخلل العقلي، والاضطرابات الانفعالية، والنفور من الذات، والاكتئاب، والاعتلال النفسي، وحالة الغيبة، والمعتقدات الدينية الزائفة، والمحرمات، والدوافع غير المتحكم فيها، ليست سوى بعض المصطلحات التي تتطلب تحديدا قانونيا وطبيا إذا كان على المجتمع أن يحدد المسؤولية القانونية في مثل هذه الحالات.

كما يتعين علينا دراسة إجراءات إثبات السبب الدقيق للجنون، والتدابير التي يجب أن تأخذ بها السلطات بعد صدور الحكم بالإدانة أو البراءة.

الخاتمة:

لدى استكمالنا لقوانيننا بالطريقة التي سبق اقتراحها، ومعالجة أوجه النقص الحالية فيها، وإدراك القوة التي تنشأ من تطبيق قوانين متماثلة ذات اصطلاحات وإجراءات متشابهة، نصبح أقدر على خدمة شعوب بلداننا، ليس بالحفاظ فقط على صحتهم النفسية، وإنما أيضا بصون كرامتهم واحترامهم لأنفسهم دون تعرض مصلحة المجتمع العامة للخطر.

كذلك، فإن المقترحات الواردة آنفا لا تبطل خطة المكتب الإقليمي لإعداد مشروع قانون حول الصحة النفسية، يمكن تضمينه جميع ما ورد آنفا أو بعضه.

شكر وتقدير

أتوجه بشكر خاص إلى السيد معاوية النايل، المستشار القانوني، على آرائه القيِّمة ومساعدته العظيمة في مراجعة هذه الورقة ونقده لموضوعها.

المراجع

(أ) المراجع

1- Hall,: **General Principles of Criminal Law** (2nd) Edition, London, 1960.

2- Vasdev, Ktishna: **The Law of Homicide in the Sudan,** Batterworths, London, 1978.

3- American Medical Association: **Principles in Medical REthics with Special Annotations Applicable to Psychiatry,** American Medical Association Press, Washington, DC, 1980.

4- Doy, Abdur Rahman I.: **Sharia, the Islamic Law,** Ta Ha Publishers, U.K., 1984.

5- Basuouni, Mohamed Sharif and Wazir, Abdul Azim (Editors): **Criminal Proceedings in Arab Legal Systems and Protection of Human Rights, Dar Al-Ilm Lil Malayeen, Beirut, 1991.**

6- Al-Sharafi, Mohamed and Al-Mazghani, **Rules of Rights.** Dar-Al-Janoub for Publications, Tunis, 1995.

(ب) قائمة القوانين

١ - دستور دولة الكويت،

٢ - القانون المدني والتجاري لدولة قطر (القانون رقم ١٦ لسنة ١٩٧١).

٣ - القانون المدني لدولة الكويت (القانون رقم ٦٧ لسنة ١٩٨٠).

٤ - قانون المعاملات المدنية للإمارات العربية المتحدة (القانون رقم ٥ لسنة ٢٩٨٠).

٥ - القانون المدني، كيبيك، ١٩٩٤ - ١٩٩٥.

٦ - القوانين المنظمة لمهنة الطب في دول مجلس التعاون الخليجي.

٧ - القانون المدني لدولة البحرين (مشروع معروض حالياً على مجلس الشورى).

ثانيا: تشريعات الصحة النفسية من منظور إسلامي وعالمي



الجلسة الثالثة

الرئيس: الدكتور إبراهيم بدران

نائب الرئيس: الدكتور محمد نعيم ياسين

المقرر: الدكتور مالك مبشر

المتحدثون :

١ - الدكتور س . بوتيراس

٢ - الدكتور مالك البدري

٣ - الدكتور أسامة الراضي

٤ - المستشار محمد بدر المنياوي

الرئيس الدكتور إبراهيم بدران: بسم الله الرحمن الرحيم والصلاة والسلام على سيدنا محمد (ﷺ). نحن الآن في الجلسة الثانية في اليوم الثاني ولدينا أربع أوراق: الأولى يلقيها السيد بوتيراس، ثم الدكتور مالك البدري، ثم الدكتور أسامة الراضي، وأخيرا المستشار محمد بدر المنياوي. والآن ندعو الدكتور بوتيراس لإلقاء بحثه تفضل.

المكونات الأساسية لتشريعات الصحة النفسية

الدكتور سيلفيان بيطرس

المكونات الأساسية لتشريعات الصحة النفسية

الدكتور سليفيان بيطرس

الموضوع الأول للمناقشة
التدخل

الإعلام/ الوقاية
العلاج (الموافقة مثلا)

- المكونات (مجاني، الإخبار مسبقا، ذو نوع خاص... الخ)
- الرسميات (كتابة... الخ)
- الاستثناءات (العلاج الإجباري)

– علاج من نوع خاص:

- العلاج بالكهرباء.
- العلاجات التجريبية والتي لا يمكن إعادتها للحالة الأولى.

الموضوع الثاني للمناقشة
الالتزام

- الأسس
- المدة
- صانع القرار
- ظروف المعيشة
- استعراض الإجراءات

الموضوع الثالث للمناقشة
التكامل

- مهني
- تعليمي وتربوي
- اجتماعي
- ترفيهي
- الميزانية

الموضوع الرابع للمناقشة
المسئولية

- مدنية :

المسئولية المدنية وحدودها

مسئولية الغير (الوصي - الأبوين)

- جنائية :

أهلية التعرض للمحاكمة

الذنب (حدوده)

العقوبة (المدة)

مكان قضاء العقوبة (المستشفى - المجتمع - السجن)

الموضوع الخامس
الإدارة

- الأهلية :

أهلية عقد العقود

- الوصاية :

إجراءات تعيين الوصي

سلطاته

- الميراث :

أهلية كتابة وصية

الأحقية في الميراث

قانون الصحة العقلية
خمسة مجالات للتدابير العلاجية

- التمييز
- المصطلحات المفردات
- التنفيذ
- النشاط الموالي
- أشياء أخرى

المجال الأول للتدابير العلاجية
التمييز

- قرر :

أسباب الطلاق

أهلية التصويت

منع المعاق من تولي بعض المهام (مثل المناصب التي يتم توليتها بالانتخاب - القضاء - مهنة الطيار)

التمييز الإيجابي (العمل الجاد لمصلحتهم)

المجال الثاني
التنفيذ

- «عادة لا يتم تنفيذ قوانين الصحة العقلية، وإذا نفذت فإنها تنفذ بصورة خاطئة».
- كيف؟

استخدام إجراءات لاستثناء المعاقين
التفسير غير الصحيح للقانون
الاعتماد على الحس العام البسيط

- لماذا!

لا توجد خطة للتنفيذ
القوانين شديدة التعقيد وكثيرة التفاصيل
العاملون في مجال الرعاية الصحية تنقصهم المعلومات الصحيحة.

المجال الثالث
المصطلحات والمفردات

- المشكلة سببها اللغة
- مشاكل رئيسية:

- مصطلحات عفى عليها الزمن
- مصطلحات تسيء للأشخاص
- مصطلحات يساء فهمها
- اختلاف تعريفات

- المصطلحات يجب أن تكون:

- بسيطة
- حديثة
- مقبولة اجتماعيا

المجال الرابع
النشاط المساند

- المساعدة على ممارسة الحقوق: على سبيل المثال:

- وجود مؤسسة حكومية لمساعدة ذوي الحاجات الخاصة.
- وجود فرص تعليمية في النظام التعليمي العادي مع إدخال بعض التعديلات.
- وجود نسبة في الوظائف لذوي الإعاقات العقلية (حتى يتم إدماجهم في المجتمع)
- حوافز ضريبية.

المجال الخامس
أشياء أخرى

- أية تدابير تهدف إلى علاج أو تصحيح التمييز السابق غير المبرر الذي عانى منه ذوو الاضطرابات العقلية.
- أية تدابير تساعد وتقوى الأشخاص ذوي الإعاقات الذهنية في تعاملاتهم مع المجتمع.

الرئيس الدكتور إبراهيم بدران: شكراً للسيد بوتيراس على عرضه الممتاز والآن ندعو الدكتور مالك البدري لإلقاء بحثه. تفضل.

تشريعات الصحة النفسية
من منظور إسلامي

الدكتور مالك البدري

تشريعات الصحة النفسية من منظور إسلامي

الدكتور مالك البدري

بعد الاطلاع على قوانين الصحة النفسية وتشريعاتها في مختلف البلدان، يجد المرء الكثير من أوجه الشبه بينها، بما يترك الانطباع بأنه قد حدث الكثير من النقل دون أي تعديل، ولك أن تقارن - على سبيل المثال - بين «قانون ١٩٥٢ للاضطرابات النفسية» في ماليزيا، و«قانون ١٩٩٣ للاضطرابات النفسية ومعالجتها» في سنغافورة، وكلاهما متضمن في ملحق هذه الورقة مع قوانين الصحة النفسية في الدول العربية وغيرها من الدول الإسلامية.

إن لدي اعتقاد بأنه لما كانت تشريعات الصحة النفسية في العديد من بلدان العالم الثالث قد وضعت في أثناء فترة استعمار إحدى الدول الغربية لها، فمن الطبيعي أن تكون هذه القوانين قد نسخت في كل بلد من قوانين المستعمر الأوروبي. ومن هنا يتأكد تبنّي البلدان التي كانت تحت استعمار نفس القوة الأوروبية، نفس القوانين أو أخرى مشابهة لها، فيما يتصل بقضايا الصحة النفسية، وإن كان يفصل بين هذه البلدان آلاف الكيلومترات، ناهيك عن الاختلافات الكبيرة في التوجهات الثقافية.

إن معظم هذه التشريعات والقوانين ترمي إلى حماية المجتمع من ذوي الأمراض النفسية الخطيرة ومعالجتهم والحفاظ على مكانتهم وأملاكهم، وهم في هذا السياق، كما قال الأستاذ الدكتور شاهين في مؤتمر الإسكندرية، يلقون الدعم الكامل من الشريعة الإسلامية.

بيد أن إعادة صياغة هذه القوانين حسب روح التشريع الإسلامي ولغته تتيح ميزتين كبيرتين؛ أولاً ستضفي على هذه القوانين جواً روحياً من خلال الاتجاهات الإيجابية والتقاليد النبيلة التي كان المسلمون الأول يمارسونها نحو مرضاهم العقليين، وقد يساعد هذا في التقليل من النظرة إلى المرض النفسي على أنه وصمة عار تلحق - في العديد من المجتمعات الإسلامية - بالمرضى النفسيين وذويهم، ثانياً سيشعر المسلمون بمزيد من الالتزام، بل والرضا أحياناً في الإذعان لتلك القوانين، مقارنة بالقوانين «العلمانية» التي خلفها لهم «الإمبرياليون».

وكما أكد الدكتور الجزائري في رسالته الافتتاحية إلى استشاريي مؤتمر الإسكندرية، فإن التأثيرات السلبية للتشريعات التي تعد دون اعتبار لتباين الظروف الثقافية والاجتماعية والاقتصادية. . . . تكون أحيانا أسوأ من عدمها، ومن هنا أشعر أن المهمة الرئيسة «للمؤتمر المشترك بين البلدان» تكمن في «أسلمة» تشريعات الصحة النفسية في مختلف البلدان الإسلامية، وبوصفي اختصاصيا في علم النفس السريري، لم يدرس القانون أرى أن يكون هذا هو الهدف الرئيس لهذه الورقة. إن «الأسلمة» الصحيحة محاولة في غاية الصعوبة، وكم يسهل النطق بها عن العمل، إذ أنها تتطلب تخصصات في الصحة النفسية. وفي القانون والتشريع الإسلامي وتقتضي منا فهماً مبدعاً للمعايير والمبادىء الثقافية في مختلف المجتمعات الإسلامية.

ذلك أن بعض القوانين «الأجنبية» التي قد تبدو في ظاهرها إنسانية

وتهدف إلى نفع المرضى النفسيين، وقد يساء استخدامها في بعض المجتمعات الإسلامية بطريقة تلحق الضرر بالمرضى النفسيين. فعلى سبيل المثال يتطرف المجتمع السوداني أيما تطرف في موقفه من المرضى النفسيين، فإن أصيب أحد أفراد عائلة ما بالفصام أو بأي تفاعل ذهاني آخر، فقد يؤدي هذا إلى حرمان شباب هذه العائلة من الزواج في المستقبل، بل قد يشعر جميع أفرادها بالعار. كما يحدث حال الإصابة بعدوى نقص المناعة البشرية/الإيدز في بعض المجتمعات الحديثة. وقد أدت التشريعات الجديدة التي يسرت على الأسرة عمل تقرير شرطي بخصوص مريضهم «للتخلص منه» إلى ازدحام المؤسسات التي أقامتها وزارتا الصحة والداخلية كمراكز للحجز والمعالجة.

قبل ذلك التشريع كان أفراد الأسرة يكرسون الكثير من رعايتهم وعونهم لمرضاهم النفسيين، سالكين في ذلك كل دروب المعالجة التقليدية والطب الحديث، مع إحساسهم بالعار نتيجة مرض قريبهم أو قريبتهم فقد كانوا يولونه كل حب ولا يبخلون عليه بالمساعدة؛ وبعد صدور القانون الجديد أخذوا يسرعون في عمل التقارير الشرطية للتخلص من مرضاهم النفسيين قبل أن يشيع أمرهم بين الناس. وبعد إيداع المريض مركز الحجز الحكومي يُلقى طي النسيان، ولا يكون خروجه منه من دواعي سرور أقاربه إلا القليل منهم حتى وإن كانت حالته قد تحسنت. وفي أحد البرامج التلفزيونية الشهيرة التي أذيعت في الثمانينات، كشف مقدمه الجريء، المرحوم محجوب عبدالحافظ، أمثلة مأساوية للكثير من المرضى الذين تحسنت حالتهم بصورة كبيرة أو شفوا تماما. ومع ذلك يجأرون بالشكوى علنا من رفض أقاربهم رجوعهم لبيوتهم، وفي الصفحات التالية من هذه المقالة، سأناقش بعض الموضوعات الرئيسة التي قد تساعد في إتاحة منظور إسلامي لرجال القانون عند صياغتهم التشريعات لذوي الاضطرابات النفسية.

(أ) ماهية المرض النفسي

كما ذكر الأستاذ الدكتور عكاشة في مؤتمر الإسكندرية، فإن الذهان أو الجنون يرتبط في عقول عامة المسلمين ارتباطاً وثيقاً بالجن أو الأرواح الشريرة. ومن هنا فالشخص المصاب عندهم به من الجن. كما أن شيطانه قد يهاجم الآخرين، ومن هذا المنطلق قد يثير الشخص المريض نفسيا الخوف والشك في نفوس الآخرين بدلا من تعاطفهم ورحمتهم. وقد تكون محاولة إزالة الغموض عن المرض النفسي باستخدام الأدلة من الطب الدوائي والطب النفسي الحديثين محاولة مقنعة للأقلية المستنيرة في المجتمعات العربية والإسلامية، إلا أن الأغلبية قد تحتاج في إقناعها إلى الأدلة الإسلامية والتقليدية أكثر من غيرها.

لقد أكد الشبه بين اللفظتين العربيتين «جنون» و«مجنون» من ناحية، ولفظة «جن» من الناحية الأخرى، والتي تعني الشيطان أو العفريت أو الشبح، مفهوم أن المرض النفسي ليس سوى المس الشيطاني أو بالأرواح الشريرة، والواقع أن هذا الشبه قد نجم ببساطة عن عملية الاشتقاق اللغوي، فألفاظ «الجنون»، «مجنون»، و«الجن»، كلها مشتقات من الفعل «جن» الذي يعني عملية الاختفاء أو الاحتجاب أو الاستتار في الظلام، والجملة العربية «جن الليل» تعنى «أصبح الليل حالك الظلمة»، كذلك تُسمى الأرواح والأشباح بالجن لأن البشر لا يستطيعون رؤيتها، وتُستخدم كلمة «الجنون» لأنها تحجب الوظيفة الأساسية للعقل وسلامة الفكر وصحته. وهنا تجدر الإشارة إلى أن عددا من علماء المسلمين الأوائل وأطبائهم كابن سينا قد رفضوا رفضاً باتاً مفهوم «المس الروحي» في بحثهم عن أسباب المرض النفسي. وفيما يلي إحدى الحالات التي يستشهد بها كثيراً، حيث عالج ابن سينا أحد المرضى النفسيين باستخدام التدخل الفيزيائي والنفسي:

«أصيب أحد الأمراء بالسوداوية وكان يعاني من التوهم بأنه بقرة. . . وكان له خوار يسبِّب الضيق للجميع، ، ، وكان يصيح اذبحوني واصنعوا طعاما شهيا من لحمي، ولم يكن يأكل شيئا. . . وقد اقتنع ابن سينا بتولي هذه الحالة. . . وأول ما قام به هو أن بعث برسالة إلى المريض يطلب منه الابتهاج لأن الجزار سيأتي ليذبحه، وابتهج الرجل، وبعد ذلك بفترة دخل ابن سينا وفي يده سكين إلى حجرة المريض قائلا «أين البقرة حتى أذبحها؟» فأصدر المريض خوارا كالبقرة ليعرف مكانه، فأمر ابن سينا بوضعه على الأرض موثق اليدين والقدمين، ثم أخذ يتحسس جسمه وقال «إنه هزيل لا يصلح للذبح بعد، وينبغي تسمينه؛ فقدموا له الطعام المناسب فأكله بشغف، وبدأ يسترد عافيته شيئا فشيئا، وتخلص من أوهامه حتى شفي تماما. (كارسون وآخرون، ١٩٨٨، ص٣٤)».

مثل هذا الحوار أكثر جدوى في إقناع عامة المسلمين بالنظر إلى المرضى النفسيين من منظور أكثر إنسانية وعدم إلصاق السمات الشيطانية بهم. فإذا كانت حالة ابن سينا هذه قد سجلت منذ عشرة قرون، فإنه ينبغي على المشرعين المحدثين للصحة النفسية استخدام تشريعاتهم في تحديد المرض النفسي بطريقة تخفف من معاناة المرضى النفسيين من العرب والمسلمين، وكذلك معاناة أسرهم من ذل ومهانة التلبس الشيطاني.

(ب) من يحدد ما إذا كان الشخص مريضا نفسياً؟

ما زالت قضية من يحدد ما إذا كان الشخص مريضا نفسيا، والمعايير التي ينبغي الاحتكام إليها مسألة يحوطها الغموض من كل جانب، فلا المعيار الثقافي ولا علم الأمراض ولا المعايير الإحصائية تقدم المقاييس الدقيقة للسلوك الشاذ، وتتفق معظم المجتمعات على أن

الحكم بالمرض النفسي يتوقف على نتائج سلوك المريض على نفسه وعلى الآخرين، والتشريع الإسلامي يتخذ متجها مماثلاً، إذ يرى الشافعي - على سبيل المثال - أن أي إنسان يستخدم - بعد بلوغ سن الرشد - لغة سوقية ويخلط بين البيع والشراء، ينبغي اختباره للتحقق من سلامة عقله أو جنونه، عن كتاب الأم.

ولقد طور الطب النفسي وعلم النفس الحديثان هذا الاختبار السلوكي تطويرا كبيرا، وينبغي على أي إجراءات قانونية ذات توجه إسلامي الإقرار بوضوح بإسهام هؤلاء المختصين في تحديد الحالة النفسية للمرضى المحالين إليهم، وهم بهذا - أي رجال القانون - لا يشرعون اتجاها جديدا. فمنذ قرون خلت قضت المدرسة المالكية وبوضوح بأنه ينبغي الرجوع إلى اختصاصي طبي خبير لتحديد ما إذا كان الشخص مجنونا، وكذا ضرورة الحصول على حكم قضائي. وفي كتابه الجيد عن المجنون في المجتمع الإسلامي في العصور الوسطى، يقول دولز «تقتضي المدرسة المالكية وجود «حكيم» ليقرر في حالة معينة إذا كان الشخص البالغ عاقلا أم غير عاقل». (١٩٩٢، ص٤٣٨).

ومن غير اللائق بالبلدان الإسلامية الحديثة عدم إدراج مثل هذا التشريع الذي يذكر على وجه التخصيص «الطبيب النفساني» في قوانينها، بينما وجد المالكيون في «المدينة» قديما أن ذلك أمر ضروري. إن «حكيم» ذلك العصر هو الطبيب النفساني في يومنا هذا. ويجدر بي في هذا السياق أن أذكر أن قانون الاضطرابات النفسية لعام ١٩٥٢ في الاتحاد الماليزي، تحدث بغموض عما يسمى بـ «المشرف» أو «المسؤول الطبي»، وعندما أصبحت سنغافورة جمهورية مستقلة راجعت هذا القانون عام ١٩٩٣ ليصبح قانون حول الاضطرابات النفسية ومعالجتها (انظر الملحق)، ومع أن الإطار الخارجي بقى كما هو، فقد تم تحديث القانون السنغافوري بصورة كبيرة، كما تم التأكيد على

حقوق المرضى النفسانيين والمعالجة اللازمة لهم. وفيما يتصل بمناقشتنا، فإن «الطبيب النفساني» قد ذكرت على وجه التحديد واجباته التشخيصية والعلاجية بوضوح في نص القانون.

«الطبيب النفساني» هو أي ممارس طبي مسجل، وله خبرة في تشخيص ومعالجة الاضطرابات النفسية، وحاصل على دبلوم معترف به في الطب النفسي أو أي شهادة أخرى معادلة يوافق عليها مدير الخدمات الطبية. (انظر قانون سنغافورة في الملحق)».

جدير بالإشارة أنه مع تحديد قانون سنغافورة للطبيب النفساني، فإن وظيفة التشخيص والمعالجة لا تقتصر عليه، إذ تقول العبارة التي صيغت بإحكام (. . . . وحاصل على دبلوم معترف به في الطب النفسي أو أي شهادة أخرى معادلة يوافق عليها مدير الخدمات الطبية). فقد صيغت هذه العبارة بحيث لا تستثني اختصاصيي علم النفس السريري أو المعالجين النفسيين أو الاستشاريين. وإذا كان هذا القانون قد وضع لدولة مدنية (صغيرة) كسنغافورة، حيث يستطيع قلة من الأطباء النفسانيين الوفاء بمتطلبات الصحة النفسية لهذه الأمة الصغيرة، فإن قوانين الاضطرابات النفسية للبلدان العربية والإسلامية، حيث لا يتسنى لملايين السكان رؤية الطبيب النفساني أولى بأن تكون أكثر انفتاحا في إدراج اختصاصيي علم النفس المدربين، والاستشاريين والمعالجين النفسيين في قوانينها.

مسؤوليات المريض النفسي وحقوقه في المجتمع الإسلامي

على النقيض من القانون الكنسي المسيحي، تعد الشريعة الإسلامية المريض العقلي الذهاني غير مسؤول عن أفعاله، إذ يقول رسول الله ﷺ في حديث شريف.

«رفع القلم عن ثلاثة: عن النائم حتى يستيقظ، عن الصبي حتى يحتلم، وعن المجنون حتى يعقل». (أحمد بن حنبل، وأبو داوود، والحاكم)».

ينبغي ملاحظة أن الحديث يركِّز على أن من شروط عدم مسؤولية المريض العقلي فقدانه القدرة على التفكير، بما يعني أن هناك مرضى عقليين أو نفسيين لم يفقدوا الصلة بالحقيقة والواقع. ولذا لا يعفون من المسؤولية تماما، ويفهم من الحديث أيضا هو أن المرض النفسي إحدى العلل التي يمكن الشفاء منها. وقد استخدم النبي ﷺ كلمة «يبرأ» لمعنى الشفاء، وهو ما يستخدم خصيصا للتعبير عن معنى التغلب على مرض أو علة، لا سيما أمراض البدن.

ومن حق المريض النفسي - بوصفه شخصا معتلا - أن يلقى معاملة إنسانية يملؤها الحب، من أهله وذويه والمجتمع الإسلامي على اتساعه، وليس لهم في ذلك فضل عليه أو منة فالإسلام يحض بشدة على الرحمة والحب والتعاطف والبشر في معاملة من هم في كربة كمرض أو بلاء، ويدخل في ذلك الآثمون والمجرمون. فزيارة المريض والدعاء له ورفع معنوياته وبث روح الأمل في الشفاء، من بين الأعمال التي يوصي بها الإسلام كثيرا في الأحاديث النبوية الشريفة، والتي فعلها النبي ﷺ والتقصير في رعاية المرضى يجلب غضب الله سبحانه وتعالى، ففي الحديث القدسي المعروف الذي صححه البخاري عن رواية أبي هريرة عن النبي ﷺ عن رب العزة جل جلاله، أنه يقول يوم القيامة لواحد من المسلمين لم يهتم لصاحب له مريض في حياته الدنيا.

«إن الله عز وجل يقوم يوم القيامة: يا بن آدم مرضت فلم تعدني! قال: يا رب كيف أعودك وأنت رب العالمين؟ قال: أما علمت أن

عبدي فلانا مرض فلم تعده! أما علمت أنك لوعدته لوجدتي عنده؟ . . . .» (عن ترجمة س.م. مدني من رياض الصالحين)».

أما عن مسؤولية غير العاقل عن أفعاله فإن كل المدارس تتفق على أنه لا يكون مسؤولا عن الأعمال الإجرامية إذ لا يتوافر فيها عنصر التعمد، بل أكثر من ذلك يؤكد رجال القانون الاسمي أن المجنون يرث قريبه الذي يقتله، مع أن جميع المدارس تتفق على أن القاتل العاقل لا يرث ضحيته.

إن الإصابة بمرض نفسي تعد «ابتلاء» شديدا أو اختبارا إلهيا، يغفر الله به للمرء سيئاته ويجزيه جزاءً حسنا يوم القيامة، ومع أن هذا الفهم لخيرية المريض أو المبتلى إلهياً، ليس شائعا في المجتمعات الإسلامية المعاصرة، فيما يتصل بالمجنون؛ بسبب وصمة التلبس بالأرواح، فإنه يطبق على المعاقين بدنيا ودون الأسوياء عقليا، وفي عدد من مجتمعات منطقة الشرق الأوسط، ينظر إلى هؤلاء الأشخاص على أنهم «مباركون» إذ اختارهم الله لهذا الابتلاء، وفي السودان غالبا ما ينظر إلى المتخلفين عقلياً والمعاقين بدنياً باحترام كبير كأفراد في حلقات الذكر الصوفية.

ويتناقض الإسلام مع المسيحية في هذا، فالقانون الكنسي المسيحي يقرر: «مع أن الجنون ليس خطيئة فهو عقاب على الخطايا مثله في ذلك مثل الإصابة بالحمى على اختلاف أنواعها وكذا كل الآلام التي نقول إنها خاصية من خصائص الجسد»، (دولز، ١٩٩٢، ص ٤٣٢). ويمضي دولز قائلاً:

«كان رجال القانون الكنسي ينظرون إلى الجنون على أنه مرض أيضا. . . ويعد الفرد مسؤولاً عنه. إلا أن المختلين لا يلامون على

أفعالهم في أثناء جنونهم، وإنما كانوا يضطرون للتكفير - بعد أن يستروا عقولهم - عن الخطايا التي كانت سببا في حالتهم. (ص ٤٣٢)».

وعلى نفس المنوال، يُنظر إلى جميع الاضطرابات البدنية والعقلية الأخرى على أنها نتيجة للوقوع في الخطايا.

وهكذا يعطي الإسلام للمرضى النفسيين الحقوق الروحية والنفسية في المعاملة الإنسانية الرحيمة، كما يُعد المجتمع الإسلامي مسؤولاً عن الحفاظ على أملاكهم، وفي الحديث الذي سبق لنا الاستشهاد به والخاص بعدم مسؤولية المجنون عن أفعاله مضاهاة بين من فقد عقله والطفل والنائم، وهذا الحديث ينظر إلى المريض نفسياً على أنه شخص فقد عقله الواعي أو على أنه طفل ينبغي الحفاظ له على أملاكه حتى يبلغ الحلم. هذا المنع أو الحرمان القانوني يوجد في الشريعة الإسلامية تحت اسم «الحجر».

وفي الحقيقة يمكن للمرء فهم الكثير مما يقوله الفقه الإسلامي عن المرض النفسي بدراسة مفهوم «الحجر» وتطبيقاته. فإذا ثبت أن شخصاً قد مرض مرضاً نفسياً يفقده القدرة على التفكير، يجري تطبيق الحجر الإسلامي عليه فوراً. فهذا المريض يتحول ببساطة إلى طفل ينبغي الحجر على أملاكه لصالحه هو ولصالح المستفيدين منه، ويقوم الحجر على أساس الأصول الأربعة للشريعة الإسلامية. ففي القرآن الكريم يقول سبحانه وتعالى في سورة النساء - الآيتين رقم ٥، ٦:

﴿ولا تؤتوا السفهاء أموالكم التي جعل الله لكم قياماً وارزقوهم فيها واكسوهم وقولوا لهم قولا معروفا. وابتلوا اليتامى حتى إذا بلغوا النكاح فإن آنستم منهم رشداً فادفعوا إليهم أموالهم ولا تأكلوها إسرافاً وبداراً أن يكبروا. ومن كان غنياً فليستعفف، ومن كان فقيرا فليأكل

بالمعروف. فإذا دفعتم إليهم أموالهم فأشهدوا عليهم وكفى بالله حسيبا﴾ (صدق الله العظيم).

وهناك آية ثالثة يعتمد عليها مبدأ الحجرُ في الإسلام وهي الآية رقم ٢٨٢ من سورة البقرة، وهي تتحدث عن توثيق الديون والإشهاد عليها. يقول سبحانه وتعالى:

﴿يا أيها الذين آمنوا إذا تداينتم بدين إلى أجل مسمى فاكتبوه وليكتب بينكم كاتب بالعدل ولا يأب كاتب أن يكتب كما علمه الله فليكتب وليملل الذي عليه الحق وليتق الله ربه ولا يبخس منه شيئا فإن كان الذي عليه الحق سفيها أو ضعيفا أو لا يستطيع أن يمل هو فليملل وليه بالعدل. . .﴾ (صدق الله العظيم).

اعتمادا على هذه الآيات يرى الشافعي وآخرون من أئمة المدارس الفقهية ضمناً أن المعاق نفسياً أو بدنياً وكذلك المجنون يعامل كاليتيم وأن شرط إعادة أملاكه إليه هو بلوغ الرشد وصحة العقل. لاحظ أنه يتبين من هذه الآيات إلزام القرآن الكريم للمجتمع الإسلامي بالرفق والرحمة في معاملة المرضى النفسيين والمعاقين.

التوجه الإسلامي في معالجة المرضى النفسيين

في القسم الأخير من استنتاجات وتوصيات مؤتمر الإسكندرية، جاء الاستنتاج الأول (٨ - ١د ص ٨) على الصيغة التالية:

«ليس في الإسلام أية معارضة للمعالجات المختلفة بما فيها العلاج النفسي ما دامت هناك توصية بذلك وما روعيت فيه السرية».

ليس هناك ما هو أكثر إجحافاً ومثاراً للأسف من هذه العبارة عند الكلام عن الإسلام والإسهامات العظيمة للرواد من أطباء المسلمين

ومعالجيهم النفسيين، ولا بد لي هنا أن أشدد على أنه لو قرأ علماء النفس والمعالجون النفسيون المسلمون الكتابات الثرية للرواد الأوائل من الأطباء وفلاسفة علم النفس المسلمين كابن سينا والغزالي والبلخي، وشكلوا نظرياتهم وممارساتهم على هدي من هؤلاء، لأصبحوا رواداً لأغلب الأشكال الحديثة في العلاج التي استغرق الغرب أكثر من سبعين عاماً للوصول إليها، ولكانوا هم «مخترعي» العلاج السلوكي والمعالجة الأعراضية Symptomatic للاضطرابات النفسية، وكانوا أيضاً الناشرين للعلاج المعرفي، وإذا كان هذا ادعاءً تبدو فيه المبالغة، فإني أود أن أكرس بقية هذه الورقة للدفاع عنه مع أنه قد يؤدي بي إلى الخروج عن الموضوع الرئيس للمؤتمر.

ولأول مرة في حياتهم العملية، وبعد عشرات السنين من العبودية لفرويد وتحليله النفسي، بدأ علماء النفس في الغرب التخلي عن البحث العقيم في صراعات اللاشعور التافهة والهجوم على أعراض الاضطرابات الانفعالية بطريقة مباشرة، وكذا استخدام أسلوب بسيط يعتمد على نظرية التعلم في تشخيص العصابات ومعالجتها. ولقد شفيت تماما أو تحسنت بدرجة كبيرة بعد بضعة أسابيع من العلاج السلوكي حالات الكثير من المرضى، ولا سيّما من كانوا يعانون من القلق الرهابي والاضطرابات الجنسية والعصابات الوسواسية، ممن أضاعوا سنوات من عمرهم والكثير من مدخراتهم على تحليل فرويد الذي لا طائل منه، والمبادىء الأساسية في العلاج السلوكي، تكمن في أننا نتعلم الأعراض العصابية بنفس طريقة تعلمنا للعادات النافعة، فنحن نتعلم الخوف من الثعابين، وهذه عادة تكيفية ولكننا أيضا نتعلم الخوف من الحفلات والمواقف الاجتماعية، ومن المصاعد والصراصير، وهذا سلوك غير تكيفي، وليس هناك سبب عميق في اللاشعور لأي من العادات التكيفية أو غير التكيفية، فكلاهما حدث نتيجة للتعلم.

يؤكد أبو حامد الغزالي في كتابه «إحياء علوم الدين» (المجلد الثالث، ص ٥٤ - ٥٦) أن العادات الأخلاقية والانفعالية يمكن اكتسابها وتغييرها بالتعلم والتدريب. وهو ينتقد بشدة «الكسالي» من الناس الذين يرفضون بذل أي مجهود لتغيير سلوكهم الأخلاقي والانفعالي، متذرعين بأنه كما أن السمات البدنية للإنسان هي صورته الخارجية والتي لا يمكن تغييرها. فإن الشخصية والخصائص المزاجية هي - حسب قولهم - الصورة الداخلية التي يستحيل تغييرها أيضا! وينتقد زعمهم بقوله: إذا كان تغيير السلوك بالتعلم من غير المستطاع لكان ينبغي إلغاء التعليم والتدريب الأخلاقي قاطبة.

ويدافع الغزالي كأنه عالم نفسي حديث عن تأكيده بالتعميم من سلوك الحيوان عن سلوك الإنسان! ويعجّب كيف ينكر شخص قدرة التدريب والتعلم على تغيير السلوك الانفعالي والشهواني للإنسان، في حين أنه حتىٰ السلوك الحيواني يمكن تغييره جذرياً بمثل هذه المحاولات. إن الكلب والصقر اللذين يأكلان الفريسة التي يمسكانها يتعلمان الجري وراءها، والهجوم عليها، والإمساك بها دون أكل أي جزء منها حتى يأتي سيدهما ليأخذها. وكذلك الحصان البري يمكن ترويضه حتى يقبل فارسه دون أية مقاومة. وتدريب الحيوانات بهذه الطريقة التي نعرفها اليوم يتم حسب ما يسميه سكنر «الإشراط الجهازي». ولقد كان العرب والآسيويون القدامى يطبقون هذه الأساليب الفعالة في التكيف لقرون قبل أن يولد سكنر، غير أننا نسمع دائماً من علماء النفس العرب والمسلمين أن سكنر هو أول من اكتشف «الإشراط الجهازي».

بعد هذا يمضي الغزالي في تفصيل طريقة «العلاج السلوكي» لإعادة التوازن للانفعالات وغرائز النفس التي أصابها الاضطراب، وهو لهذا يستعير مثالاً جيداً للعلاقة بين الجسم والعقل، والتي ابتدعها أحد

علماء المسلمين الأوائل - البلخي - إذ يشرح الصحة العقلية والنفسية في ضوء صحة البدن، ويقول على وجه التحديد: «صحة النفس فيما يتعلق بصحة البدن». ويقتصر البلخي الذي سأتناوله بالمناقشة فيما بعد - على النقيض من نموذج فرويد الطبي، على أوجه الشبه الداخلية والخارجية التي تساعد في معالجة الأعراض البدنية والنفسية.

ويقول البلخي إن التوازن في الاثنين هو الذي يحقق الصحة بينما عدم التوازن يسبِّب المرض. وكما أن وظيفة الطبيب هي معالجة الجسد، الذي يمرض إذا اختل توازنه، ومساعدة هذا الجسد على الاحتفاظ بتوازنه الصحي، فإن على المرء بذل كل جهد للمحافظة على التوازن الصحي للنفس - إن كان موجودا أصلاً - والعمل على استرجاع التوازن الانفعالي والغريزي إن كان قد فقد. وأكثر من ذلك يقول الغزالي والبلخي أنه كما أن معالجة الجسم تتبع أسلوبا عكسيا تبادليا فيما يتصل بعدم التوازن، مثلاً «إذا كان المريض يعاني من الحمى، فإن الطبيب يستخدم الأشياء الباردة، وإذا كان سبب المرض هو البرد. فإن الطبيب يستخدم الحرارة»، وكذا معالجة انعدام التوازن النفسي أو الاضطرابات النفسية، ينبغي أن تتبع نفس الأسلوب العكسي. ويستخدم الغزالي والبلخي المصطلح العربي «العلاج بالضد» الذي يحمل معنى «التثبيط المتبادل» الذي صاغه «وولب». وتشمل الأمثلة التي ساقها الغزالي التدريب على تقليل الطعام للشخص البدين الشره، والتدريب على إنفاق المال للشخص الشحيح، وعلى الواضع للمتعجرف.

بعد ذلك، يقدِّم الغزالي المبدأ العام الآخر في العلاج السلوكي ألا وهو الأسلوب التدريجي في المعالجة، أي باستخدام التسلسل الهرمي، وهو يقرر في روعة أنه قد يصعب على بعض الناس الوقف الفجائي لسلوك مضطرب في فترة وجيزة، وفي هذه الحالة ينصح

«الشيخ» أو المعالج ألا يتعجل في التغيير التدريجي للعادة الكريهة جداً إلى عادة سيئة فقط، يمكن تحملها عن سابقتها، قبل التخلص منها تماماً. ولتوضيح هذه العملية التي تشبه الإزالة المنهجية للتحسُّس، يضرب الغزالي مثالاً بشخص تلطخ قميصه بالدماء؟ فالماء لا يستطيع إزالة هذه البقع، وإنما ينبغي أولا استخدام «البول» في تخفيف البقعة ثم استخدام الماء في إزالة البول.

وأخيرا يعطي مفكرنا العظيم التوضيحات الكاملة لمرضى تم علاجهم باستخدام أسلوب العلاج السلوكي، فقد اشتكى أحدهم من نوبات الغضب الفجائي وحدة المزاج، فاستأجر شخصاً ليلعنه أمام الآخرين، ويكرر اللعن حتى اعتاد عليه وأصبح بالتدريج صبورا هادىء الطبع حتى أن الناس اعتبروه مثالا للصبر والتحمل. وفي مثال مشابه، يقترح مسكاويه ما يعرف الآن بأسلوب «التعزيز الذاتي» Self-reinforcement، إذ ينبغي على المسلم الذي يشعر بالذنب بسبب فعل شيى يجلب المتعة إلى نفسه «الأمارة» (النفس الحيوانية)، أن يتعلم كيف يعاقب نفسه بالطرائق النفسية أو البدنية أو الروحية كإخراج بعض المال للفقراء، أو إثارة شخص حاد المزاج عمداً ليهينه هو رداً على ذلك، أو بالصيام.

حرى بنا هنا تسجيل أن هذه المعالجة الأعراضية للاضطرابات النفسية جنباً إلى جنب مع الأسلوب التدريجي - وهما الركنان الأساسيان في العلاج السلوكي الحديث - أصبحا على مدى قرون طويلة تقليداً للمعالجين الشعبيين في جميع البلدان الإسلامية، وقد حقق بعضهم العديد من النتائج المبهرة في علاج المرضى العصابيين الدين لم يستفيدوا من ممارسات الطب الفيزيائي في وقتهم. ولذا فقد اكتسبوا شهرة تجعل الناس يسافرون إليهم مئات الأميال للحصول على عونهم وبركتهم.

أحد هؤلاء المعالجين العظام كان الشيخ السوداني فرح واد تاكتوك الذي عاش في القرن السابع عشر، وقبل أن أحكي عن أحد أساليبه البارعة في معالجة إحدى المريضات التي كانت تعاني من اضطراب بدني أو هو على الأرجح اضطراب هستيري، أود الإشارة في إيجاز إلى علاج حالة مشابهة على يد معالج غربي حديث هو الأستاذ هـ. جوين جونز الذي كان يعمل في معهد الطب النفسي بمستشفى مودلوي بلندن، فقد عرضت عليه مريضة تعاني من عرض معوّق يتمثل في التكرار غير العادي للرغبة الملحّة في التبول، ولا سيما تحت الضغط كما في الأماكن العامة أو عند انشغالها بعملها كراقصة.

في العلاج الأعراضي لهذه الحالة، استخدم جوين جونز جهازاً يستطيع به إدخال كميات مختلفة من محلول ملحي دافىء معقم إلى مثانة المريضة، وأمكن قياس الضغط المتباين للبول في المثانة باستخدام مقياس للضغط أمام المريضة، وبذا عرفت أعلى درجة ضغط تستطيع تحملها وبعدها تفرغ مثانتها؛ وحيث أن مشكلة المريض كانت الرغبة الملحة في التبول عند درجة ضغط منخفض غير عادية، فقد غير جونز تدريجياً القراءة على جهاز الضغط دون علم المريضة وشجعها على تحمل الضغط المتزايد تدريجيا. بهذا «الأسلوب التكييفي» استطاعت المريضة بالفعل تحمل الضغط الزائد للبول وتحسّنت حالتها بدرجة كبيرة. هذه الدراسة الكلاسيكية تعد واحدة من أعظم الأعمال والتي يتم الاستشهاد بها كثيرا في العلاج السلوكي الحديد (آيسنك، ١٩٦٠، ص ٤٣٢ - ٤٤٠).

نعود إلى المعالج المسلم القديم الذي ساعد فتاة لم تكن تستطيع فتح رجليها بدرجة كبيرة، ربما كان السبب في هذا العرض اضطراب بدني أو رد فعل هستيري. لو كان علم النفس التحليل يمارس في ذلك الوقت، لكان هذا العرض قد شخص على أنه عرض جنسي، فتح

رجلي امرأة يعطي هذا الانطباع حتى لغير أتباع فوريد، فما بالك بالمحللين ذوي التوجه الجنسي؛ وقد كان محتملاً ضياع الكثير من الوقت في التحليل العقيم للتداعيات الحرة والأحلام دون جدوى؛ ولكن لأن رجال الطب وقتها فشلوا في علاجها فقد أحيلت إلى واد تاكتوك Taktuk.

بعد فحص المريضة طلب المعالج من والديها إحضارها بعد شهر، حيث دأب في هذه الفترة على تجويع أحد حميره حتى بدا نحيلاً هزيلاً. وفي اليوم المحدد لحضور المريضة، منع الماء أيضاً من الحمار، وعندما حضرت أمر المعالج بوضعها على ظهر الحمار، فكانت رجلاها ملتصقتين ببطنه الخاوية، فأعطى «تاكتوك» للحمار العطشان قليلا من الماء المالح لزيادة عطشه أولاً، ثم أعطاه الكثير من الماء العذب فشرب الحمار بنهم وتمددت بطنه فابتعدت رجلا المريضة تدريجياً كلتاهما عن الأخرى دون أي ألم... تكررت هذه العملية كل يوم حيث كان يسمح للحمار المسكين بتناول الكثير من الطعام، فبدأ يسترد عافيته تدريجياً. وفي نفس الوقت تنفتح رجلا الفتاة بحيث أنه في بضعة أسابيع عاد الحمار والمريضة إلى الوضع الطبيعي ثانية. كما يرى القارىء ليس الفرق بين علاج جوين جونز وعلاج فرح واد تاكتوك سوى في التقنية المستخدمة. ولكن مبادىء المعالجة الأعراضية والأسلوب التدريجي متطابقة في الحالتين، غير أن طريقة تاكتوك السلوكية قد تطورت لثلاثة قرون قبل أن ينشىء وولب العلاج السلوكي في الخمسينات من هذا القرن.

في ظني أنه لا ينبغي علينا كمعالجين محدثين أن نتعلم من علمائنا المسلمين الأوائل فحسب وإنما نتواضع لنتعلم حتى من المعالجين المسلمين التقليديين في وقتنا هذا، فأسلوبهم العلاجي - على النقيض من العلاج المقتبس - يمثّل تطوراً طبيعياً للمفهوم

الإسلامي عن الطبيعة البشرية، كما أن طرائقهم في تقديم النصح انتقلت إليهم من المعالجين المسلمين الأوائل جيلاً بعد جيل.

وينبغي عند صياغة قوانين للاضطرابات النفسية خاصة بالبلدان العربية والإسلامية أن نتذكر أن أغلب السكان من الريفيين، ويعيشون في قرى صغيرة، وأن من يصاب منهم بالأمراض النفسية بحال إلى المعالجين من أمثال واد تاكتوك. وينبغي ألا ننسخ تشريعاتنا من البلدان الغربية إذ لا توجد مقارنة بين نسبة الأطباء النفسانيين واختصاصيي علم النفس عندهم ومن عندنا، كما لا ينبغي أن ننسى أو نتغاضى عن مشكلات الصحة النفسية للغالبية العظمى من مواطنينا.

ولا بد من وجود بند أو آخر للتدريب وإدماج معالجينا التقليديين في نظامنا القانوني.

لقد تزعم المرحوم الدكتور تيجاني الماحي من السودان مشروعاً جريئاً وناجحاً حيث أسس عيادة للطب النفسي الحديث وسط أكبر مركز للعلاج التقليدي في شيكينيبا Shikainiba الواقعة في السودان الأوسط. وقد استطاع إقامة علاقة صحية حميمة مع الشيخ المكاشفي، الشيخ المعروف الذي كان مسؤولاً عن المركز كما شجع الإحالة من المركز إلى العيادة وبالعكس.

فإذا عدنا إلى إسهامات علماء النفس والأطباء المسلمين الأوائل نجد رائداً عظيماً آخر في مجال علم نفس الشواذ والعلاج النفسي، وكان على المعالجين المحدثين أن يتعرفوا عليه جيداً، ألا وهو أبو زيد البلخي الذي عاش في أوائل. القرن التاسع! ربما يكون هذا الرجل أول عالم نفسي طبي معرفي استطاع التمييز بوضوح بين العُصاب والذُهان. وتصنيف الاضطرابات العصابية، والتوضيح التفصيلي لكيفية استخدام العلاج المعرفي العقلاني والروحي لمعالجة كل صنف من تلك

الاضطرابات. وقد صنف البلخي العصابات في أربعة اضطرابات انفعالية هي الخوف والقلق، الغضب والعدوان، الحزن والاكتئاب، والوسواس. ولقد قدم هذا المسلم العبقري العظيم في مخطوطه الرائع «مصالح الأبدان والأنفس» (م.س ٣٧٤١ - مكتبة أياصوفيا - إسطنبول) والذي يمكن إعادة صياغة عنوانه إلى «صون البدن والنفس»، عملاً إلى العالم المتحضر في وقته، يحتوي على معلومات في المعالجة النفسية لم يتم التوصل إليها سوى بعد أكثر من عشرة قرون من وفاته.

من مجرد قراءة عناوين الفصول الثمانية التي كتبها عن صون الروح أو النفس، يتكون الانطباع أنك تقرأ محتوى كتاب حديث في العلاج النفسي، فالفصل الأول عبارة عن مقالة تمهيدية تناقش أهمية الحفاظ على صحة «النفس» أو الروح التي يستخدمها البلخي كمرادف للعقل أو النفس، والفصل الثاني مقالة مفرطة الحداثة في الكلام عن الصحة النفسية أو الصحة النفسية الوقائية! وعنوان هذا الفصل هو عن «كيفية الحفاظ على صحة العقل حال وجودها»؟ أما عنوان الفصل الثالث فهو عن «كيفية استعادة الصحة النفسية في حال فقدانها»، والفصل الرابع عبار عن «تقرير عن الأعراض النفسية وتصنيفها» وعنوانه كما وضعه البلخي هو «ذكر الأعراض النفسية وتعديدها»، وعنوان الفصل الخامس هو عن «تدبير الغضب والتخلص من أعراضه»، والفصل السادس كما يوضحه عنوانه عن كيفية تهدئة الخوف والهلع كما وضعه البلخي هو «تسكين الخوف والفزع»، أما الفصل السابع فهو عن التخلص من الحزن والاكتئاب كما وضعه البلخي هو «الحزن والجزع»، وأخيراً يأتي الفصل الثامن عن «طرائق مكافحة الوساوس وحديث النفس العكار».

ليس هناك متسع أمامي لمناقشة الإسهامات العظيمة للبلخي مناقشة تفصيلية، فهذا يحتاج كتاباً كاملاً، ولقد سبق أن خصصت فصلاً

دراسياً كاملاً لإسهاماته لطلبة الدراسات العليا بالمعهد الدولي للفكر والحضارة الإسلامية في ماليزيا. بيد أنه يمكنني قول بضع كلمات عن أعماله السريرية التي لا تُضاهى في مجال المعالجة المعرفية والسلوكية والطب النفسي البدني، إذ يقارن في جميع أجزاء مخطوطه بين الاضطرابات النفسية والبدنية، ويبين ببراعة كيف تتأثر بعضها مع بعض لتكون في النهاية الاضطرابات النفسية - البدنية، كما يؤكد على أهمية الفروق الفردية في الإصابة بالاضطرابات الانفعالية والنفسية - البدنية.

وثمة إسهام كبير آخر يتصل بنا نحن المعالجين النفسيين على وجه الخصوص ألا وهو أسلوب البلخي ذو الصبغة الإسلامية الذي يبدو فيه التأثر بالمفهوم الإسلامي للطبيعة البشرية وقيمة الإيمان بالله سبحانه وتعالى في التخفيف المعرفي من أعراض الاضطراب الانفعالي، وإن كان هذا بشكل غير مباشر بعيدا عن لهجة الوعظ. وهناك ميزة أخرى في البلخي تتمثل في أنه بالرغم من تعامله مع العصابيين فإن عمله لا ينصب أساساً على الشواذ من الناحية الانفعالية وإنما عن الشذوذ الانفعالي للأشخاص الأسوياء.

عند مناقشة الجوانب النفسية والبدنية والفروق الفردية، يبدأ البلخي مخطوطه بالقول: إنه نظرا لكون الإنسان جسدا وروحاً (نفساً) فلا بد أن يتسبب كلاهما في حالة من الصحة أو المرض، التوازن أو عدم التوازن ومن أمثلة اضطرابات الجسد، الحمى والصداع والأمراض البدنية الأخرى، أما اضطرابات النفس فهي كالغضب والقلق والحزن وأعراض أخرى مشابهة.

وينتقد البلخي أطباء عصره لافتتانهم بالأمراض البدنية وانحصار اهتمامهم في المعالجة بالوسائل الفيزيائية كالأدوية وفصد الدماء (ص ٢٧٢) بينما يهملون الجوانب النفسية، وتخلو كتبهم من أية إشارة أو

مادة عن المحافظة على «النفس». ومع ذلك يقول البلخي إنه جمع بين المحافظة على البدن والمحافظة على النفس لأن هذا هو الأسلوب الصحيح النفسي البدني الذي يعني حرفياً التداخل والتمازج أو التسابك، وهذا يبين فهمه الدقيق لتلك الظاهرة.

يستمر البلخي في الدفاع عن موقفه - الذي يقول عنه إنه الأول من نوعه - بالتأكيد على أن الوجود البشري ذاته لا يمكن تخيله دون ذلك «الاشتباك»، ويقول إنه إذا مرض البدن فإن «النفس» تفقد الكثير من قدرتها المعرفية والإدراكية وتفشل في الاستمتاع بمباهج الحياة، فإذا مرضت «النفس» قد لا يجد البدن أيضاً متعة في الحياة وقد يصاب في النهاية بالمرض، ويمضي البلخي ليؤكد بشدة على أن مساعدة الناس في التغلب على أعراضهم النفسية أمر ضروري للغاية، ليس فقط بسبب هذا التأثر النفسي - البدني، وإنما أيضاً لأنها أكثر شيوعاً. وقد يعيش الإنسان لسنوات دون شكوى من أي عرض بدني. ولكن الأعراض النفسية تفسد علينا حياتنا طول الوقت (ص ٢٧٠ - ٢٧١)، ولذا فهو يشدد على أنه كما يحتفظ الشخص السليم ببعض الأدوية والإسعافات الأولية بالقرب منه للطوارىء البدنية غير المتوقعة، فعليه أيضاً أن يحتفظ بالأفكار والمشاعر الصحية في عقله لمواجهة النوبات الانفعالية غير المتوقعة.

ومع أن الضغط الانفعالي عند مختلف الأشخاص قد يكون بنفس القوة، يقول البلخي إن استجاباتهم العرضية لمشكلات الحياة هذه، تتباين بصورة كبيرة، فبعض الناس حاد المزاج والبعض الآخر بطيء جدا في الغضب، والبعض قد يصاب بالهلع من جراء موقف مرعب، وقد يستطيع البعض السيطرة على أنفسهم بشجاعة، وهناك أيضا فروق فردية بين الرجال والنساء والأطفال (ص ٢٧١). ويذكر البلخي قارئه

عند الحديث عن الاضطرابات الانفعالية مرارا وتكراراً بالاضطرابات العضوية التي قد تحدث كنتيجة للضغط الانفعالي المستمر أو الحاد.

وكما يتضح من المشابهة التي عقدها البلخي بين أدوية الإسعافات الأولية والأفكار والمشاعر الصحية فإن أسلوبه في العلاج النفسي هو في الأساس ما نسميه اليوم بـ «العلاج المعرفي العقلاني». فهو على سبيل المثال يقدِّم عدداً من التوضيحات السريرية الواضحة عن القلق - عند مناقشته للخوف والقلق - اتصالا بمشكلات مستقبلية متوقعة كفقدان الوظيفة أو الصحة، أو الهلع المتصل بالرُهاب من الرعد أو الموت، ويقول بعد هذه التوضيحات إن معظم الأشياء التي يخاف منها الناس ليست في الحقيقة ضارة إذا استخدم هؤلاء الناس تفكيرهم المنطقي العقلاني.

ويستشهد البلخي بمقارنة قوية الدلالة تصور الشخص العصابي الهلوع كأنه بدوي يرحل إلى بلد رطب بارد فيرى فيه الضباب للمرة الأولى فيعتقد أنه شيء صلب يصعب اختراقه، ولكن بمجرد أن يدخل فيه يكتشف أنه ليس سوى هواء رطب لا يختلف عن الهواء الذي يتنفسه (ص ٣٠٧). وهو يستنتج أنه بالعلاج المعرفي العقلاني يدرك العصابيون ممن يتم علاجهم أن معظم مخاوفهم وهمومهم وعداواتهم كانت غير منطقية، وفوق ذلك عندما يناقش البلخي الحالات الانفعالية الحادة يقترح المعالجة بالتثبيط المتبادل «العلاج بالضد» وبالأسلوب التدريجي لتيسير المعالجة المعرفية.

وهناك ملمح رائع في علاج البلخي بالأسلوب المعرفي يتمثل في استخدامه لأحد الانفعالات أو المدركات غير المقبولة لتغيير انفعال آخر أشد تعويقا لصاحبه، ويضرب مثلا بالجندي الذي يعاني من الخوف والقلق الزائدين من الحرب، وأنه ينبغي عليه تذكير نفسه بالأبطال

الشجعان الذين قادوا جنودهم إلى كسب معارك شرسة لتسجل أسماؤهم في تاريخ أمتهم؛ وبمقارنة حالته الانفعالية المخزية ببسالة هؤلاء، سيثير الغضب في نفسه حتما؛ ويمكن زيادة هذه الاستثارة بتأكيده لنفسه مستوى معين فسوف يعدل الخوف الذي يتملكه (ص ٣٠٨)، ومن هنا يمكن استخدام الغضب الذي قد يكون انفعالاً مضطرباً ضد اضطراب انفعالي آخر في أشد خطورة.

وقبل أن أختم تعليقي على البلخي لا يفوتني التنويه عن أحد اكتشافاته المذهلة، فقد استطاع باستخدام ملاحظته القوية وحسه السريري المرهف تصنيف الاكتئاب إلى ثلاثة أنواع: أولها «الحزن» اليومي العادي الذي يصيب كل الناس لأن هذا العالم «مكان لا يمكن العيش فيه دون مشكلات أو حرمان». وهذا ما يرد في معظم تصنيفات الطب النفسي حداثة (د.س.م - ٣ - DSM-III-R/,) على أنه «القلق السوي». إلا أن الاكتشاف المدهش هو قدرة البلخي على التمييز بين النوعين الثاني والثالث، فقد أعانه حسه السريري المرهف على اكتشاف الفرق بين الاكتئاب داخلي المنشأ والاكتئاب التفاعلي.

ولقد ظل هذا الاكتشاف المهم للفرق بين الاضطرابات العقلية والنفسية داخلية المنشأ التي تبدأ أصلاً داخل البدن، من ناحية، والاضطرابات التي ترجع إلى عوامل خارجية أو بيئية من ناحية أخرى، حبيساً زهاء أحد عشر قرناً لينسب بعد ذلك ظلما إلى إيميل كريبلن Emil Kraeplin الذي نشر عمله بين نهاية القرن التاسع عشر والسنوات الأولى للقرن العشرين، ويدين بذلك النموذج المرضي الحديث للطب النفسي المعاصر مسجل في التصنيف الأخير المعروف بالـ (د.س.م - ٣ - DSM-III-R) بنشأته لنظام الأمراض الذي توصل إليه كريبلن.

لقد كان هذا التصنيف عوناً كبيراً للأطباء النفسانيين المحدثين وأخصائيي النفس السريرين حيث إن بعض أشكال الاكتئاب تنجم عن

اضطرابات داخلية كيميائية حيوية أو استقلالية . ولا يبدو أن لها أسبابا بيئية واضحة، وحتى عند وجود بعض الأحداث الحياتية المترسبة فإنها لا تبرر شدة الاستجابات الاكتئابية التي قد تشتمل على أعراض ذهانية كالأوهام والأهلاس (الهلاوس). ومن هنا يشار إلى الاكتئاب داخلي المنشأ على أنه اكتئاب ذهاني أيضا، فقد يكون لدى المريض إحساس شديد بالذنب، أو تخلف واضح، أو عدم إحساس بالبهجة، أو الاستيقاظ المبكر في أشد حالات الاكتئاب الذاتي، والقهم (فقدان الشهية للطعام)، ونقص الوزن، والاعتقادات والمدركات الزائفة، وغالباً ما يتطلب الاكتئاب داخلي المنشأ الاستشفاء، والمعالجة بالأدوية الفعالة، أو بالتخليج الكهربائي.

أما الاكتئاب التفاعلي فإنه يرجع وبوضوح إلى العامل البيئي، ويتضمن أفكاراً ومشاعر مرضية عن خسائر حقيقية أو مستبقة أو أحداث حياتية مؤلمة، والشخص المصاب بالاكتئاب العصابي أو التفاعلي لا يعاني من أية أعراض ذهانية كما لا يفقد الصلة بالواقع وهو لا يحتاج إلى الاستشفاء، أضف إلى ذلك أن أعراض الاكتئاب عنده أخف، ويمكنه الاستجابة للمعالجة بالأسلوب المعرفي، فإذا وصفت له الأدوية المضادة للاكتئاب فأفضل شيء أن تؤخذ لتعزيز العلاج المعرفي.

إن هذا المفهوم الخاص بالاكتئاب داخلي المنشأ والاكتئاب التفاعلي لا تدعمه فقط الملاحظات السريرية والأبحاث الوراثية والكيميائية الحيوية الحديثة بل تدعمه أيضاً الدراسات التجريبية التي استجاب فيها كلا النوعين من المرضى للاختبارات والمقابلات، وعندما وضعت نتائجهم على مخطط بياني اتخذت شكل منحنى «ثنائي المنوال وهو ما يؤكد حقيقة أنه كانت هناك مجموعتان مختلفتان في نفس عينة الاختبار، ومع أن أحدث تصنيفات الدليل التشخيصي والإحصائي (للاضطرابات النفسية) المجلد الثالث - تنقيح، لا تشتمل على

مصطلحي «داخلي المنشأ» و«التفاعلي» حيث أن واضعي هذه التصنيفات بذلوا جهدهم لإظهار الاكتئاب في صورة سلسلة متصلة الحلقات، فإن الكثير من الأطباء النفسانيين واختصاصيي علم النفس السريري في العديد من أنحاء العالم يرفضون التخلي عن هذه التصنيفات لأنها أكثر فائدة في إظهار الفرق بينها وبين الأشكال الأخرى من التفاعلات الاكتئابية كاكتئاب الهوس ثنائي القطب أو السوداوية الأوبية، غير أن بعض مصطلحات الـ (د.س.م - ٣ - /DSM-III-R) «كاكتئاب الرئيسي» الذي يمثِّل أعراض الاكتئاب داخلي المنشأ، و«الاضطراب التوتي» (الاضطرابات الاكتئابية)، وهو مرادف للاكتئاب العصابي، تعد في نظر الكثير من العاملين بالصحة النفسية، وبخاصة غير الأمريكيين، غامضة ومربكة.

يمكننا الافتراض بأن طريقة الحياة الأمريكية الحديثة تولد الكثير من الضغوط على الناس حتى وصل الاكتئاب بالفعل إلى معدلات وبائية، ومن المحتم أن يجد الباحثون المدققون الأحداث البيئية الضاغطة التي يبحثون عنها حتى عند ذوي الاكتئاب داخلي المنشأ إذ أن كل الناس يشتكون من هذه الحالات. فالحياة الغربية الحديثة تعج بمشكلات سوء استخدام المخدرات والكحوليات وهو ما يزيد من تشوش صورة الاكتئاب، أما في عصر البلخي، وحتى في عصرنا هذا نجد أن وقع الحياة عندنا أبطأ كثيراً ولا سيما في مجتمعاتنا الريفية الإسلامية مما يزيد من وضوح ظاهرة الاكتئاب الحاد دون أسباب بيئة، وكذلك الاكتئاب التفاعلي غير الحاد، وبناء على ذلك فإن تقسيم البلخي لتشخيص الاكتئاب بين اكتئاب بدني داخلي دون أسباب واضحة، واكتئاب يرجع بوضوح إلى عوامل بيئية، والتفكير الخاطىء بعد أسلوباً مبدعاً ولد ليبقى.

والآن أريد أن أعطي للقارىء ترجمة دقيقة قدر الإمكان

لملاحظات البلخي حول براعته السريرية في النظر إلى هذين النوعين من الاكتئاب، فهو يقول ما يلي في الصفحات ٣١٦ - ٣١٩ من مخطوطة:

إن «الحزن» أو الاكتئاب على نوعين، والأسباب البيئية وراء أحدهما معروفة واضحة كفقدان قريب عزيز، والإفلاس، أو ضياع شيء له قيمة كبيرة عند الشخص المكتئب. أما النوع الآخر فليس له أسباب معروفة فهو إصابة مفاجئة بالأسى والضيق «غُمّة» تستمر طول الوقت فتمنع المكتئب من ممارسة الأنشطة البدنية أو إظهار أي بهجة وسرور أو التمتع بأي ملذات أو «شهوات» (الطعام والجنس).

ولا يعرف المريض أي أسباب واضحة لعدم نشاطه والضيق الذي ألم به. هذا النوع الأخير من «الحزن» أو الاكتئاب دون أسباب معروفة، تكمن وراءه أعراض بدنية كعدم نقاء الدم... أو أي تغييرات أخرى تطرأ عليه، وعلاجه طبي فيزيائي يهدف إلى تنقية الدم...

يؤكد البلخي أن علاج هذا النوع من الاكتئاب داخلي المنشأ يكون فيزيائياً طبياً في الأساس، وهو لا يوصي هنا باللجوء إلى الطب النفسي المعرفي لأن المريض قد لا ينتفع به حيث إن علته تندرج تحت التصنيف العضوي للأمراض، ومع ذلك لا ينسى البلخي أن يوصي بالعلاج النفسي لجلب البهجة والسعادة للمريض، فهو يقول:

أما بالنسبة إلى العلاج النفساني فينبغي أن ينحصر استخدامه على جلب البهجة والسعادة من خلال الصحبة الطيبة، والحديث السار، وبعض الأنشطة الأخرى التي قد تحفز الشخص المكتئب للتحقيق من آلامه بالاستماع إلى الموسيقى والغناء، «السمع».

ومن ناحية أخرى يوصي البلخي، وبوضوح، باستخدام برنامج مركز للعلاج المعرفي الخارجي والداخلي لمواجهة الاكتئاب التفاعلي، فهو يقول:

إن «الحزن» الذي يرجع إلى أسباب معروفة ينجم عن وجود أفكار حول فقدان شيء عزيز أو صعوبة الحصول على شيء مرغوب جدا. وهذا هو نوع الحزن الذي نود الكلام عن معالجته في هذا الفصل.

فعلاج هذا «الحزن» يكون خارجيا وداخليا، أما الخارجي فيتمثل في الحديث المقنع والوعظ وتقديم النصح؛ فهذه المعالجة تشبه الأدوية التي تعطي للأمراض البدنية. والعلاج الداخلي يكون من خلال تنمية بعض الأفكار والمدركات الداخلية لدى المريض لتساعده على التخلص من حالته الاكتئابية؛ فيجب أن يدرك، من خلال هذا العلاج، مدى الضرر النفسي - البدني الذي قد تسببه له حالة الاكتئاب، وإذا كانت نفسه أعز لديه من أي شيء ضاع منه، فمن غير المنطقي على الإطلاق إلحاق الضرر بأعز شيء بسبب ضياع أشياء يمكن تعويضها، إذ يكون المرء في ذلك كالتاجر الذي ضاع منه ربح بسيط فدفع، من شدة غبائه، كل ماله لاسترجاع ذلك الربح....

ويوصي البلخي بعد ذلك بعدد من الاستراتيجيات المعرفية، يستطيع المعالج استخدامها لإبطال الأفكار السلبية التي تسبب هذا النوع من الاكتئاب العصابي كجعل المريض يدرك أن من يستسلمون للاكتئاب ويرفضون مقاومته هم الضعفاء والفاشلون في هذه الحياة، أما الأقوياء والناجحون، فهم من يقاومون الأفكار السلبية في صبر لمواجهة مشكلاتهم بنوع من التفاؤل المتجدد. وينبغي أن يسأل الشخص المكتئب نفسه: «أي مجموعة من الاثنتين تريد أن تتخذها لك مثلاً... «الفاشلين أم الناجحين»؟ والأمر هكذا - طبقا للبلخي - إذ أن ضياع روح المثابرة مصيبة أكبر مما يكتئب المرء لأجله.

يرجع تاريخ مخطوط البلخي هذا لأكثر من أحد عشر قرناً خلت ولكنه مكتوب بأسلوب عربي سلس بسيط، يوضح في روعة طرائق

المعالجة المعرفية الروحية والنفسية للقلق والهلع، والغضب والاكتئاب، والعُصابات الوسواسية، وأي قارىء عربي يستطيع فهم محتواه دون الرجوع إلى معجم أو الحاجة إلى معلم.

مع هذا التراث في العلاج والطب النفساني، من غير الملائم أن نقول بلهجة الاعتذار إن الإسلام والعلماء المسلمين الأوائل «لا يعارضون العلاج النفسي» كما لو كنا نسعى إلى إقناع قرائنا بتغيير أفكارهم عن حقيقة ثابتة.

المراجع

- أبو حامد الغزالي. (بدون تاريخ). إحياء علوم الدين. بيروت: دار القلم.
- أبو زيد البلخي (١٩٨٤). مصالح الأبدان والأنفس. فرانكفورت: معهد تاريخ العلوم العربية الإسلامية.
- محمد الطيب (بدون تاريخ). فرح واد تكتوك (طقطوق) خلال المشبوك. الخرطوم: مطبعة الخرطوم.

- Carson, R. et,al (1988). Abnormal psychology and modern life. London: Scott, Foresman & Co.
- Dols, M.W. (1992). Majnum: The madman in Medieval Society. Oxford: Clarendon - Press.
- Eysenck, H.J. (1960). Behaviour therapy and the neuroses. London: Pergamon Press.
- Hillelson, S. (1934). Sudan Arabic Tex: Cambridge: Cambridge University Prees.

الرئيس الدكتور إبراهيم بدران: شكراً للدكتور مالك البدري وأود أن أدعو الدكتور أسامة الراضي لإلقاء بحثه فليتفضل.

مشروع قانون للطب النفسي
لدول المنطقة

الدكتور أسامة محمد الراضي

استشاري الطب النفسي

مستشار الصحة النفسية بوزارة الصحة سابقا

مستشار الجمعية العالمية الإسلامية للصحة النفسية

مشروع قانون للطب النفسي لدول المنطقة

الدكتور أسامة محمد الراضي

ملخص :

لقد كرم الله سبحانه وتعالى الإنسان وجعله خليفته في أرضه وأمر ملائكته بالسجود لأبيه الأول آدم عليه السلام وعلى هذا الأساس رفع الإسلام من قيمة الإنسان واحترم فرديته وحريته وكرامته.

ولقد بذلت القوانين الوضعية جهدا كبيراً لإقامة وإعلان حقوق الإنسان، وقد تحقق ذلك في إعلان الأمم المتحدة عام ١٩٥٨م وفي إعلان المنظمة العالمية للصحة النفسية التي ركزت على حقوق المرضى النفسيين والعقليين وعلى مسؤولية الأسرة الإنسانية بكاملها تجاههم.

ونحن نشعر في المنطقة العربية بحاجة ماسة إلى تقنين نظم ممارسة المهنة في مجال الصحة النفسية. لذا فإننا نقترح مشروع قانون للصحة النفسية واضعين في الحسبان الجوانب المختلفة لثقافتنا العربية والإسلامية.

وأهم نقاط القانون المقترح هي:

- تكوين لجنة عليا للصحة النفسية وإدارة عامة للصحة النفسية.

- يعد المريض النفسي مريضاً عادياً مثل غيره من مراجعي المستشفيات العامة. وسوف يكون لديه الخيار في اللجوء إلى المستشفى كمريض عيادة خارجية أو كمريض بالقسم الداخلي، (إما في قسم ملحق بالمستشفى العام أو في مستشفى الصحة النفسية). وسوف تحفظ كافة المعلومات عن حالته العقلية والجسمية في سرية تامة ويكون من يبوح بها عرضة للعقاب الصارم.

- اللجنة الطبية الشرعية النفسية وتتكون من اثنين من الاستشاريين في مجال الطب النفسي الشرعي تحت رئاسة مستشار قضائي، وتعد هذه اللجنة هي السلطة الوحيدة التي تقرر ما إذا كان المريض النفسي يحتاج إلى الحجز بالمستشفى للعلاج أم لا، وسوف تقرر اللجنة كذلك ما إذا كان المريض الموظف قادراً على الاستمرار في عمله أم أنه يستحق التقاعد. كذلك تقرر هذه اللجنة ما إذا كان المريض المتهم في قضية جنائية مريضا عقليا؟ أم لا؟ ومدى مسؤوليته الجنائية.

- يكون لمرضى الإدمان الحق في العلاج بسرية تامة في كافة الوحدات العلاجية النفسية سواء أكانت أقساماً داخلية بالمستشفيات الخاصة أم بمستشفيات الصحة النفسية وغير ذلك من الوحدات العلاجية المتاحة.

- يعامل المدمنون المحولون من السلطات للعلاج كغيرهم من المرضى المتهمين وذلك تبعا للمادة الثالثة عشر.

الفصل الأول

تكوين لجنة عليا للصحة وإدارة عامة للصحة النفسية:

المادة الأولى:

تكوين لجنة عليا للصحة النفسية كالآتي.

١ - وكيل وزارة الصحة للشؤون التنفيذية: رئيساً

٢ - مدير عام الشؤون الاجتماعية بوزارة العمل والشؤون الاجتماعية: عضواً

٣ - مدير عام الشؤون الأمنية بوزارة الداخلية عضواً

٤ - مدير عام الشؤون القضائية بوزارة العدل عضواً

٥ - مدير عام التعليم الخاص بوزارة التعليم عضواً

٦ - مستشار في الطب النفسي عضواً

وتخول هذه اللجنة سلطة وضع الخطط والسياسات العامة لخدمات الصحة النفسية وتعقد اجتماعات اللجنة سنويا بدعوة من وزير الصحة. ويكون للجنة الحق في دعوة أي شخص ترغب في دعوته للحصول على المساعدة والرأي بخصوص المواد المدرجة في جدولها.

المادة الثانية:

تكوين إدارة عامة للصحة النفسية وتتكون من أعضاء أساسيين كما هو موضح فيمايلي:

١ - مدير عام الصحة النفسية:

يجب أن يكون متخصصا في طب الأمراض النفسية ويكون لديه خبرة لا تقل عن خمس سنوات.

٢ - مراقبون:

يتم تعيينهم من قبل وزير الصحة ويكونون من المختصين بطب الأمراض النفسية وفي علم النفس الإكلينكي وعلم الاجتماع النفسي ولدى كل منهم خبرة لا تقل عن خمس سنوات في مجال الصحة النفسية.

٣ - مدير إدارة الخدمات النفسية:

يكون متخصصا في إدارة المستشفيات مع خبرة (لا تقل عن سنة) في العمل في مستشفى للأمراض النفسية وسوف يشغل أيضا منصب أمين سر اللجنة العليا للصحة النفسية وتكون الادارة مسؤولية عن مراقبة تنفيذ خطط وسياسات اللجنة العليا.

المادة الثالثة:

فيما يلي الواجبات الخاصة بالإدارة العامة للصحة النفسية:-

١ - مراقبة كافة المستشفيات والعيادات وكل الوحدات الحكومية والخاصة التي تقدم خدماتها النفسية بموجب هذا القانون.

٢ - مراقب تنفيذ التعليمات الخاصة بالتجهيزات والرسم... الخ في كل هذه المستشفيات والوحدات.

٣ - تنفيذ خطط وسياسات اللجنة العليا للصحة النفسية والمتابعة.

الفصل الثاني

المادة الرابعة:

يعد المريض النفسي مريضا عاديا مثل المرضى المراجعين بالمستشفيات العامة الحكومية والخاصة ويكون له الخيار في مراجعة المستشفى كمريض عيادة خارجية أو بالقسم الداخلي إما في قسم طب نفسي ملحق بمستشفى عام أو في مستشفى صحة نفسية وتحفظ كافة المعلومات عن حالته العقلية والجسدية في سرية تامة ويعاقب من يقوم بفضح هذه المعلومات بالسجن لمدة.... أو بغرامة مالية... أو بكليهما.

المادة الخامسة:

كل مريض يراجع المستشفى الحكومي أو الخاص (قسم ملحق بالمستشفى العام أو مستشفى صحة نفسية أو قسم حجز مؤقت) متطوعا بنفسه أو بواسطة أهله أو مرسل من قبل جهة حكومية سوف يصرف له العلاج عن طريق العيادة الخارجية الملحقة بالمستشفى.

وإذا ما قرر أخصائي الطب النفسي حجزه بالمستشفى العام الحكومي أو الخاص يحجز في وحدة حجز مؤقت في مستشفى عام أو دار النقاهة أو وحدة التخلف العقلي أو دور الرعاية لمدة لا تتجاوز ثلاثين يوما وبعد ذلك إذا ما كانت حالة المريض متحسنة بالعلاج سوف يتقرر خروجه إما بمفرده أو تحت رقابة الأهل حسب ما يقرر الأخصائي.

وإذا ما كانت حالة المريض بعد مرور ثلاثين يوما غير صالحة للخروج فسوف يطبق بحقه المادة الثامنة من القانون.

وإذا ما ثبت أن حالة المريض الذي أدخل المستشفى للعلاج بصفته متطوعا خطرة بعد دخوله المستشفى أو الوحدات العلاجية يجب عرضه على اللجنة الطبية الشرعية للنظر في جواز بقائه بالمستشفى أو الوحدة حجزا قسريا.

المادة السادسة:

تتكون اللجنة الطبية النفسية الشرعية من اثنين من الاستشاريين في مجال الطب النفسي الشرعي ويرأسها قاضٍ استشاري وتكون هذه اللجنة السلطة الوحيدة التي تقرر ما إذا كان المريض الموظف صالحا للعمل أو يجب أن يحصل على التقاعد الجبري.

وتقرر هذه اللجنة كذلك بالنسبة للمرضى المتهمين في قضايا جنائية ما إذا كان المريض حقا مريضا عقليا كما تقرر كذلك مدى مسؤوليته الجنائية.

تكون قرارات هذه اللجنة بالإجماع ونافذة بعد اعتمادها من السلطة التنفيذية والتي لها الحق في الطلب من وزير الصحة تكوين لجنة أخرى بنفس الصفات ولنفس الغرض.

السلطة التنفيذية

المادة السابعة:

الحجز الجبري يطبق فقط على المرضى العقليين الذين يمكن أن يؤذوا أنفسهم أو الآخرين ويجب حجز هؤلاء إما في مستشفى صحة نفسية حكومية أو خاصة تحت المراقبة الدقيقة المستمرة (وتؤخذ موافقة اللجنة الطبية النفسية الشرعية والسلطة التنفيذية).

المادة الثامنة:

إذا ما تنوم أحد المرضى النفسيين في المستشفى لمدة تزيد عن ثلاثين يوما أو في حالة ما إذا تنوم أكثر من ثلاث مرات بغض النظر عن فترة مكثه في المستشفى يجب فحص حالته بواسطة اللجنة الطبية الشرعية المذكورة في المادة السادسة، وإذا ما قررت اللجنة وجوب حجزه بالمستشفى يرسل القرار إلى المدير العام للصحة النفسية ويرسل أيضا إلى الجهة التنفيذية لاتخاذ الإجراءات اللازمة لحماية أموال وممتلكات المريض المحجوز.

المادة التاسعة:

في حالة هروب مريض محجوز جبريا بالمستشفى يكون لإدارة المستشفى السلطة للقبض عليه وإرجاعه إلى المستشفى بوساطة الجهات التنفيذية.

المادة العاشرة:

لمدير المستشفى الحق في السماح للمرضى العاديين الهادئين والمستقرين بالذهاب في أجازة لمدة محدودة لقضائها مع أهلهم وعوائلهم على مسؤولية الأهل.

المادة الحادية عشرة:

في حالة المريض الموظف تقرر اللجنة الطبية النفسية الشرعية ما إذا كان صالحا للعمل أو يجب أن يحال إلى التقاعد ويجب اعتماد القرار من الجهات المختصة.

المادة الثانية عشرة:

يجب على اللجنة الطبية النفسية الشرعية إصدار القرارات والتوصيات الخاصة بمدى الصلاحية للخدمة العسكرية وفي حالة ما إذا كان العسكري غير صالح للخدمة يحال للتقاعد بأمر من السلطة المختصة.

الفصل الثالث

فيما يختص بالمرضى المتهمين في قضية جنائية يجب التأكد مما يلي حسب الشريعة الإسلامية:

يجب أن يكون المتهم في قضية جنائية سليم العقل وبالغاً. أما الشخص المريض عقليا والشخص الواقع تحت تأثير المخدر بسبب تناوله جبرياً أو بدون علمه، ففي هذه الحالات تكون المسؤولية الجنائية مبنية على العنصرين التاليين:

١ - حرية الاختيار عند ارتكاب الجريمة.

٢ - القدرة على الفهم والتقدير.

فإذا ما فقد إنسان القدرة على الفهم والتقدير أو القدرة على الاختيار والتفرقة بين الخير والشر بسبب الاضطراب العقلي فإنه يكون غير ملوم بسبب أي عمل أو جريمة يرتكبها في هذه الحالة وسوف يعفى من المسؤولية الجنائية في كل الحالات ويكون الشخص وأهله مسؤولين عن تعويض الأضرار الواقعة بسبب تصرفه وتبعا للشريعة الإسلامية ويحجز في المستشفى لعلاجه حتى تقرر اللجنة الطبية النفسية الشرعية خروجه للعيادة.

المادة الثالثة عشر:

١ - في حالة اشتباه القاضي أو المحققين في مدى السلامة العقلية لأي متهم في قضية جنائية فإنه يجب تحويله فورا إلى أقرب وحدة طب شرعي في مستشفى أمراض نفسية تحت الحراسة الأمنية لملاحظته وكتابة تقرير عن حالته. ويحتوي التقرير على النقاط الآتية:

أ - تفاصيل الجريمة. ووقتها. وطريقة ارتكابها. وظروفها.

ب - تقرير مفصل عن التحقيقات والاستجوابات التي أجريت مع المتهم بما لا يتعارض مع سرية العمل.

ج - معلومات كاملة عن المريض مستقاة من أهله أو معارفه عن حالته قبل ارتكاب الجريمة وكذلك معلومات كاملة عن سلوكه وتصرفاته بعد ارتكاب الجريمة أو في السجن أو المستشفى حسب الحالة. ويفضل إرسال واحد من أقرب أصدقائه أو أهله معه إلى المستشفى عند تحويله.

٢ - في المستشفى يجب حجز المريض تحت الملاحظة وفي حراسة الشرطة في قسم خاص بالملاحظة ويجب أن تستمر الملاحظة فترة كافية لتوفير المادة اللازمة لكتابة تقرير طبي ونفسي عن حالته. ويعرض المريض مع التقرير على اللجنة الطبية الشرعية كل خمسة عشر يوما كما في المادة السادسة لإصدار التقرير الطبي الشرعي النهائي.

الفصل الرابع

المادة الرابعة عشر:

مرضى الإدمان وسوء استعمال العقاقير والمشروبات الكحولية.

أ - يمكن علاج مرضى الإدمان في سرية تامة تطوعا أو برغبة أهلهم في جميع الوحدات العلاجية (العيادات النفسية أو وحدات ملحقة بالمستشفيات العامة أو مستشفيات الصحة النفسية أو المستشفيات الخاصة وغيرها من الوحدات العلاجية المتوفرة)

ب - المدمنون الذين يتم إحضارهم بوساطة السلطات يعاملون بموجب المادة الثالثة عشر.

المادة الخامسة عشر:

تحدد فترة الحجز الجبري كمايلي:

أ - المريض القاتل يحجز حجزا جبريا لمدة لا تقل عن خمس سنوات بغض النظر عن مدى تحسن حالته العقلية خلال هذه الفترة، ويجب أن يلاحظ بصفة خاصة وبدقة أن المريض لم تنتكس حالته خلال السنة الأخيرة من فترة حجزه إلى نفس المستوى الذي تسبب عنه القتل، وإذا ما كان هناك دليل على حدوث الانتكاس يجب فحص المريض بوساطة اللجنة الطبية الشرعية مرة كل ثلاثة أشهر. وبعد ذلك لمدة سنة على الأقل وهكذا حتى التثبت من عدم حدوث الانتكاس.

ب - بالنسبة للمريض المتهم بارتكاب جريمة قتل فإنه يتم حجزه جبريا لمدة عامين تحت نفس الشروط المذكورة في الفقرة (١).

ج - بالنسبة للجرائم الأخرى مثل تدمير الممتلكات أو إشعال الحرائق فإن

فترة الحجز الجبري تكون لمدة عام تحت نفس الشروط المذكورة في الفقرة (أ).

د - في كافة الجرائم الأخرى تحدد فترة الحجز الجبري بوساطة اللجنة الطبية الشرعية.

هـ - في حالة المرأة التي تقوم بقتل وليدها خلال الأيام الأولى بعد الولادة بسبب إصابتها بحالة (ذهان ما بعد الولادة) فإن اللجنة الطبية الشرعية تقوم بتحديد فترة حجزها جبريا حسب حالتها والملابسات المحيطة بالحادث.

و - وفي جميع الأحوال تقوم اللجنة بعرض قراراتها للتصديق من السلطات الإدارية التنفيذية.

المادة السادسة عشر:

الأشخاص المحكوم عليهم بسبب أية جريمة - إذا ظهر على أحدهم أعراض اضطراب أو مرض نفسي خلال قضاء فترة السجن المحكوم عليهم بها - يجب تحويلهم إلى أقرب مستشفى للأمراض النفسية تحت الحراسة وحسب الإجراءات الأمنية اللازمة لعرضهم على اللجنة الطبية النفسية الشرعية. وسوف تحدد اللجنة (المادة السادسة) فترة بقائهم في المستشفى للعلاج أو غير ذلك أو إعادتهم إلى السجن.

المادة السابعة عشر:

القواعد التنظيمية لإنشاء وحدات خدمات طبية نفسية خاصة: لا يسمح لأحد بإنشاء عيادة أو مؤسسة متخصصة في الطب النفسي دون الحصول مسبقا على ترخيص خاص من السلطة الممثلة لوزارة الصحة بالمنطقة.

تصدر وزارة الصحة لهذا الغرض ترخيصات حسب النقاط الآتية:

أ - يمكن إصدار ترخيص فردي للشخص الذي يمكنه العمل كطبيب نفسي حسب تعليمات وزارة الصحة.

ب - يجب أن يتوفر للمؤسسة العدد الكافي من المتخصصين في مجال الطب النفسي ومجال علم النفس العيادي والأخصائيين الاجتماعيين وممرضين (ذكور وإناث) وكافة العمالة الأخرى حسب تعليمات وزارة الصحة.

ج - في حالة وجود مكان وظيفي شاغر في المؤسسة المرخصة سواء مكان الطبيب أو أية وظيفة أخرى يجب أن يملأ المكان الشاغر خلال مدة شهر من تاريخ خلوه ويجب إخطار الوزارة عن الأمر، وفي حالة عدم إمكان ملء المكان الشاغر خلال الفترة المحددة، سوف تطبق العقوبات المحددة في هذا القانون في حالة التأخير مع ملاحظة أن يكون موجودا دائما على الأقل طبيب أخصائي نفسي واحد وكذا ممرض وممرضة.

د - يجب أن يكون المكان الذي ينشأ فيه المستشفى أو العيادة أو مكان الخدمة النفسية واسعا وصحيا حسب تعليمات وزارة الصحة.

هـ - يجب توفير أجنحة خاصة للرجال وأخرى للنساء وللأطفال منفصلة تماما في المستشفى.

و - يجب توفير كافة المعدات اللازمة لعلاج مثل هذه النوعيات من المرضى في كافة المؤسسات المرخصة التي تقوم بعلاج الحالات النفسية والعقلية حسب تعليمات وزارة الصحة...

المادة الثامنة عشر:

إذا ما وجد أن أي مستشفى لا يتحقق به المتطلبات المذكورة في

المادة السابقة فإن على الجهات الإدارية أن تقوم بإغلاق المؤسسة حسب تعليمات وزارة الصحة.

المادة التاسعة عشر:

من الممكن إنشاء قسم خاص لعلاج المرضى النفسيين والعقليين في المستشفيات التي لم يكن بها استعدادات للخدمات الخاصة قبل إصدار الترخيص بشرط أن تستوفي كافة المتطلبات المذكورة في هذه اللائحة التنظيمية بالكامل.

المادة العشرون:

يجب أن تتوفر بالمؤسسة الصحية النفسية السجلات ونماذج التقارير اللازمة وغيرها كما هو مقرر من الإدارة العامة لخدمات الصحة النفسية. ويجب أن تحتوي التقارير على كافة المعلومات التي يجب الحصول عليها. وتعامل جميع المعلومات كوثائق سرية لا يجب الاطلاع عليها. ويعرض التقرير الصادر بناء على هذه المعلومات فقط على السلطات المختصة عند طلبه رسميا.

المادة الحادية والعشرون:

بالنسبة للطب الشعبي النفسي والعلاج الديني النفسي ينظم حسب التعليمات التي تصدر بهذا الشأن ويكون هناك تعاون مع وحدات الطب النفسي المختلفة.

الفصل الخامس
العقوبات

المادة الثانية والعشرون:

يعاقب الأشخاص المذكورون فيمايلي بالحبس لمدة لا تزيد عن... أو بغرامة مالية لا تزيد عن .... أو بكليهما إذا ثبتت عليهم التهمة فيما يلي:

أ - كل من يثبت أنه اتخذ إجراءات خاطئة متعمداً بخصوص المريض العقلي عند خروجه من الوحدة العلاجية أو تنويمه بها.

ب - كل من يقوم بالقبض على شخص أو حجزه جبريا في مكان غير الأماكن المخصصة فيما سبق مدعيا بالخطأ أنه مريض عقليا.

المادة الثالثة والعشرون:

يعاقب الأشخاص المذكورون فيمايلي بالحبس لمدة لا تزيد عن ... أو بغرامة مالية لا تزيد عن .... أو بكليهما في حالة حدوث مايلي:

أ - أي شخص يرفض الانصياع لتعليمات وزارة الصحة فيما يختص بإجراء التحقيقات اللازمة معه فيما يخص تعليمات هذا القانون.

ب - أي شخص يرفض إعطاء المعلومات المطلوبة أو يدلي بمعلومات كاذبة للسلطات يتهم فيها شخصاً بأنه مريض عقليا خلافا للواقع.

المادة الرابعة والعشرون:

أي شخص مسؤول عن مراقبة مريض عقليا أو أي شخص موكل إليه رعايته يقوم بإساءة معاملة المريض يعاقب بالعقوبة التالية:

السجن لمدة لا تزيد عن ..... أو بغرامة مالية لا تزيد عن.... أو بكليهما. وإذا ما وجد أن المذكور قد ارتكب جريمة تعاقب عليها الشريعة الإسلامية فإنه يحاكم محاكمة شرعية.

المادة الخامسة والعشرون:

كل من خالف القواعد المذكورة بخصوص إنشاء مستشفيات خاصة أو عيادات أو مؤسسات خاصة لعلاج المرضى النفسيين والعقليين سيتعرض لغرامة مالية لا تزيد عن... والله ولي التوفيق.

الرئيس الدكتور إبراهيم بدران: شكراً للدكتور أسامة الراضي والمتحدث الأخير في هذه الجلسة هو المستشار محمد بدر المنياوي تفضل.

المعاقون عقلياً أو نفسياً
بين الإسلام والقوانين الوضعية
وحقوقهم قِبَل الأسرة والمجتمع

المستشار/ محمد بدر المنياوي

المعاقون عقلياً أو نفسياً بين الإسلام والقوانين الوضعية وحقوقهم قبل الأسرة والمجتمع

المستشار محمد بدر المنياوي

تقديم بين يدي البحث:

١ - تقسم الدراسات الإسلامية أفعال الإنسان إلى قسمين أساسيين: أفعال حسنة وأفعال قبيحة، وهي تعتبر الحسن ما حسنه الشرع وقبله العقل بطبعه، لأنه من الطيبات التي فيها جلب منفعة أو دفع مضرة، أما القبيح فهو ما قبحه الشرع ونفر منه العقل بطبعه، لأنه من الخبائث التي فيها جلب مفسدة أو دفع منفعة[١]. وذلك مما تشير إليه الآية الكريمة ﴿**الذين يتبعون الرسول النبي الآمي الذي يجدونه مكتوباً عندهم في التوراة والإنجيل يأمرهم بالمعروف وينهاهم عن المنكر ويحل لهم الطيبات ويحرم عليهم الخبائث ويضع عنهم إصرهم والأغلال التي كانت عليهم**﴾[٢].

وإذا كان للعقل الإنساني هذه الوظيفة الهامة[١]، فإن الإسلام يجعله إحدى الضرورات الخمس، ويحث على تنميته بالتفكير والتأمل في ملكوت السماوات والأرض، والتدبر في أمور الحياة، واستخلاص العظات والعبر والتبصر والنظر والإدراك والفهم والتعقل[٤]، حتى يقوم بمهمته التي نيطت به، فتستقيم أحكامه على الأفعال، على هدى من

الشرع الحكيم، مما قد تشير إليه الآية الكريمة: **﴿وأنزلنا إليك الذكر لتبين للناس ما نزل إليهم ولعلَّهم يتفكرون﴾**(٥).

والعقل حين يزن الأمور ليتعرف على حكم الشرع فيها، عليه أن يراعي أن الإسلام يضع «الإحسان» بجانب «العدل» أساساً للتعامل بين الناس. ذلك لأن العدل وإن كانت تبرأ به العهدة الفردية، «فإن الجماعة قد لا تنهض بالاقتصار عليه دون بسط الإحسان لمن لا يكفي العدل لرعايته ممن لا يقوى على المبادرة ليحظى بمعاملته بالمثل، فصلاح المجتمع في مثل هذا الوضع لايكون إلا بالإحسان»(٦)، ولذلك يحث القرآن الكريم عليه في مثل قوله تعالى: **﴿ليس على الذين آمنوا وعملوا الصالحات جناح فيما طعموا إذا ما اتقوا وآمنوا وعملوا الصالحات ثم اتقوا وآمنوا ثم اتقوا وأحسنوا والله يحب المحسنين﴾**(٧) وقوله تعالى: **﴿وابتغ فيما آتاك الله الدار الآخرة ولا تَنْسَ نصيبك من الدنيا وأحسن كما أحسن الله إليك ولا تبغ الفساد في الأرض إن الله لا يحب المفسدين﴾**(٨).

ولا ريب أنَّ اهتمام الإسلام بالعقل وحرصه على أن يقوم - على أكمل وجه - بالمهام التي وكلها إليه، يستتبع حتماً اهتمامه بسلامة هذا العقل وحرصه على شفائه مما قد ينتابه من مرض أو يؤثر فيه من علل عصبيَّة أو نفسية أو غيرها، كما يستتبع كذلك اهتمامه بالإنسان الذي يبتلى بهذا المرض أو تهاجمه تلك العلل، مع الحرص على إلزام المجتمع - اللصيق منه بالمعاق والبعيد عنه - برعايته في إحسان وإخلاص.

ونظام الإسلام تجاه الإعاقات العقلية والنفسية، وإن كان يستمد أصوله - أساساً - من القواعد الكلية والأحكام العامة، مثل قاعدة رفع الحرج المشار إليها في قوله تعالى **﴿ليس على الأعمى حرج ولا على**

الأعرج حرج ولا على المريض حرج﴾[٩]، فإن هناك من الأحكام التفصيلية التي خصها الشرع بالنص الصريح، إعلاناً عن ضرورتها لاستقامة الحياة الدنيا، وأهميتها في ترتب الثواب والعقاب في الحياة الآخرة.

وإذ كان هذا البحث المحدود النطاق لا يستوعب ذلك النظام المتكامل بكلياته وجزئياته، فقد يكون من الخير أنْ يقتصر على أمرين تبدو أهميتهما واضحة في حدود ما هو متاح؛ هما:

أولًا: بيان بالمعاقين المعنيين بالبحث، مع إيضاح أحكامهم الشرعية والقانونية في شأن الأهلية الجنائية والأهلية المدنية.

ثانياً: الإشارة إلى أهم الحقوق التي تتصل بشخص المعاق، وعلى الأخص ما يتصل منها بالعلاج، أو التعليم والتدريب، أو الرعاية والمعاملة الكريمة.

وسوف يتطرق هذا البحث للنظام القانوني المصري، بزعم أنه يمثل اتجاه النظم العربية الأخرى في تشريعاتها وفي قضائها، إذ هي لا تكاد تختلف عنه إلا في بعض القواعد التفصيلية التي لا تعني هذا البحث كثيراً.

والله ولي التوفيق

العقل أساس الأهلية:

٢ - شاءت إرادة الخبير العليم أن يجعل في الأرض خليفة، فخلق البشر ليعبدوه[١٠]، وشرع لهم من الأحكام ما فيه خيرهم في الدنيا والآخرة، وكلفهم بتنفيذ أوامره واجتناب نواهيه، فإن هم امتثلوا، تحقق الغرض من التكليف، وهو جلب المصالح لهم ودرء المفاسد عنهم، وإن لم يمتثلوا، قامت الحجة عليهم، على نحو ما تشير إليه الآية الكريمة: **﴿لئلا يكون للناس على الله حجة بعد الرسل﴾**[١١].

وحتى يصح التكليف، فإنه يجب أن يكون المكلف قادراً على فهم دليل التكليف، لأن من لم يستطع فهم دليل التكليف لا يمكنه أن يمتثل إلى ما كلف به ولا يتجه قصده إليه. والقدرة على فهم أدلة التكليف إنما تتحقق بالعقل، ذلك لأن التكليف خطاب، ولا يتوجه الخطاب إلى مَنْ لا عقل له، بل إنه لا يكفي فهم أصل الخطاب دون تفاصيله، من نحو كونه أمراً أو نهياً، ومقتضياً للثواب أو العقاب، فالمجنون والصبي غير المميز يتعذر تكليف أيهما لعدم إدراكهما للنتائج المترتبة على التكليف، أما الصبي المميز، فهو وإن كان يفهم ما لا يفهمه غير المميز، فإنه أيضا غير فاهم على الكمال ما يعرفه كامل العقل[١٢].

معنى العقل لدى الأصوليين

٣ - أما العقل ذاته، فهو على ما عرفه أحد الأصوليين من الأحناف[١٣] «حقيقة يمكن الاستدلال بها من الشاهد على الغائب، والاطلاع على عواقب الأمور، والتمييز بين الخير والشر. وعمل هذا العقل يبدأ من حيث منتهى إدراك الحواس؛ فبعد إدراك الحواس

للمحسوسات، يقوم العقل بإدراك المغيبات من المشاهدات، وإدراك الكليات من الجزئيات المحسوسة.

وأحوال البشر تتفاوت في صفة كمال العقل، فضلاً عن أن هذا الكمال يقوم على التدريج، وفيه خفاء، وليس له ضابط مادي دقيق يعرف به، ولذلك جعله الشارع الحكيم ضابطا يرتبط به ا لتكليف، مناطه البلوغ، فكل من بلغ يفترض أنه استكمل العقل وتكاملت أهليته، دون حاجة إلى اشتراط جودة الذهن أو الفِطْنَة، فذلك أمر يفوق ما يسمى «بالعقل الغريزي» أو «ملكه العقل»(١٤)، ويَحدث بالاكتساب، حيث تتقوى به القوة الكامنة فيه بالاستعمال، وتنقص بالإهمال.

أساس المسؤولية وأنواعها

٤ - والشريعة الإسلامية وإن جعلت العقل أساس الأهلية، ومناط التكليف، فإنها قد تتطلب لتوقيع الجزاء أموراً أخرى: ففي الجزاء الجنائي تشترط أن يكون الجاني مدركاً مختاراً، وفي الجزاء المدني تشترط أن تتوافر أهلية الأداء لدى مباشرة التصرفات القانونية، أما في الوقائع المادية (١٥)، فإن الجزاء يترتب بقوة الشرع، إذ أنَّ الآثار والالتزامات التي تترتب عليها تثبت بمقتضى خطاب الوضع الذي لا يشترط فيه إلا توافر الإنسانية فقط.

ولما كان الجزاء الجنائي [المسؤولية الجنائية] يختلف عن الجزاء المدني [المسؤولية المدنية]، فإن الأمر يتطلب إفراد كل منهما بكلام خاص.

المسؤولية الجنائية

المسؤولية الجنائية في الفقه الإسلامي

٥ - ففي المسئولية الجنائية في الفقه الإسلامي ترتبط الأهلية الجنائية بالعقل، فمن عدم عقله انعدمت أهليته، ومن كمل عقله تكاملت أهليته ولو اعتراه مرض يؤثر في تصرفاته المالية، فالسفيه - مثلًا - كامل الأهلية الجنائية، وإن كان مغلوباً على هواه تعتريه خفة تحمله على تبذير المال، مما يقتضي منعه من بعض التصرفات المالية حماية له ولماله.

على أن توافر الأهلية الجنائية لا يكفي وحده لقيام المسؤولية الجنائية، إذ يجب - كما سبق القول - أن يكون الجاني مدركاً مختاراً للفعل الذي اقترفه، فإن لم يتوافر له ذلك، امتنع توقيع العقاب عليه.

وحين تضع الشريعة الإسلامية العقوبة، فإنها تنظر إليها على أنها ضرورة اجتماعية ووسيلة لحماية الجماعة، وتفرق في تطبيق وسائل حماية الجماعة بين الشخص المختار المدرك، وبين فاقد الإدراك والاختيار، فالمجنون لا يُقتص منه إذا قتل غيره، ولا يُجلد إذا زنا وهو غير مُحْصن، ولكن امتناع العقوبات العادية لعدم الإدراك أو الاختيار، لا يمنع الجماعة من حماية نفسها بالوسائل التي تراها كافية أو ملائمة؛ كأن تضعه في ملجأ لا يخرج منه إلا إذا أُمن شره أو صلح حاله[١٦].

اتجاه القوانين العربية في المسؤولية الجنائية

٦ - ولا تكاد أغلب القوانين العربية تخرج عن اتجاه الشريعة الإسلامية؛ وذلك لأنها تأخذ بالمذهب التقليدي الذي يقوم على اشتراط الإدراك والاختيار للمساءلة الجنائية، غير أنها تفرض العقوبة ضماناً

لتنفيذ القانون وجزاء عادلا على مخالفته، أكثر منها ضرورة اجتماعية ووسيلة لحماية الجماعة(١٧).

فقانون العقوبات المصري - على سبيل المثال - ينص في المادة ٦٢ منه على أنه «لا عقاب على من يكون فاقد الشعور [أي فاقداً لقوة الإدراك] أو الاختيار في عمله وقت ارتكاب الفعل؛ إما لجنون أو عاهة في العقل وإما لغيبوبة ناشئة عن عقاقير مخدرة، أيا كان نوعها، إذا أخذها قهراً عنه أو على غير عِلْم منه».

فهذا القانون - إذن - يربط بين المسؤولية الجنائية وقوة الإدراك أو الاختيار، ويجعل من الجنون وعاهة العقل والغيبوبة التي ذكرها أمثلة لذلك، فهو، كالفقه الإسلامي، لا يذكر عوارض الأهلية على سبيل الحصر، وإنما على سبيل المثال، بما يسمح بعدم المساءلة في الحالات الأخرى التي يتحقق فيها عدم الإدراك أو عدم الاختيار أو هما معاً، هذا إلى جانب أنه من المقرر قانوناً أنه في النصوص الجنائية يجوز استعمال القياس إذا لم يؤد إلى تجريم واقعة غير مجرمة بالنص، أو فرض عقوبة غير مفروضه به، وبالتالي يجوز استنباط حالات جديدة لامتناع العقاب قياساً على الحالات المنصوص عليها في المادة سالفة الذكر(١٨).

معنى الجنون وأنواعه في الدراسات الإسلامية

٧ - غير أن ما يثير التساؤل في هذا الشأن، هو ما إذا كانت الدراسات الإسلامية والدراسات القانونية تتفق على معنى الجنون وعاهة العقل أم لا.

وفي هذا الصدد نجد أن تعريف الجنون في الدراسات الإسلامية

ليس محل اتفاق، فقد عرفه صدر الشريعة بأنه اختلال العقل بحيث يمنع جريان الأفعال والأقوال على نهج العقل إلا نادراً.

وعرفه صاحب (مرآه الوصول في شرح مرقاة الوصول) بأنه اختلال القوة المميزة بين الأمور الحسنة والقبيحة للعواقب بأن لا يظهر أثارها وتتعطل أفعالها.

وعرفه صاحب (البحر الرائق) بأنه اختلال القوة التي بها إدراك الكليات.

ومع اختلافهم في معنى الجنون، فإنهم قد اختلفوا في أنواعه، فمنهم من قسمه إلى جنون أصلي، يصيب الشخص منذ ولادته، وجنون عارض يطرأ عليه بعد الولادة، ومنهم من رأى أن الجنون الأصيل هو ما يكون قبل البلوغ، أما الطارئ فيكون بعد البلوغ. وقسمه الكثير منهم إلى جنون مطبِق وجنون متقطع، أما الأول فهو الذي يسلب عقل صاحبه في كل شيء ويستمر مدة معينة، قدرها بعضهم بشهر، وقدرها آخرون بسنة، وأما الجنون المتقطع فهو الذي يُفْقد صاحبه الإدراك لمدة تقل عن الفترة المشار إليها.

ثم إنهم اختلفوا كذلك في التفرقة بين المجنون والمعتوه؛ فرأى بعضهم أن العته يختلف عن الجنون، وهو قسيم له، لأنه لا يصحبه - عادة - هياج واضطراب، وقد يكون معه تمييز وقد لا يكون. أو أنه - أي العته - لا يزيل العقل بالكلية، وإن كان بقاء أصل العقل لا يجعل صاحبه يصل إلى درجة العقل الكامل، فهو عبارة عن نقص العقل، بخلاف الجنون فإنه قد يصل إلى فقد العقل نهائياً.

ورأى آخرون أن العته حال من أحوال الجنون وشعبة من شعبه، فكلاهما لا يكون معه تمييز بين الخير والشر، ولا يكون معه معرفة

الغائب من الشاهد، ولا تقدير الأمور في المستقبل بما يراه من نتائج أمثالها الواقعة[١٩].

على أن الخلاف في معنى الجنون، والخلاف في أنواعه، والخلاف في التفرقة بينه وبين العته، كلها خلافات في أمور أقرب إلى المسائل النظرية التي لم تنشأ عن الخلاف فيها أحكام عملية هامة تتصل بالأهلية الجنائية، إذ طالما أن العلّة في عدم الأهلية هي عدم العقل، فإن عديم العقل لا تكون لديه الأهلية الجنائية، سواء سمي مجنوناً أو معتوهاً، وسواء أكان جنونه كلياً أم جزئياً، فإذا كان جنونه متقطعاً، فإنه على رأي الأكثرين، يكون عديم الأهلية وقت الجنون، وكاملها وقت الإفاقة، سواء في ذلك أكانت إفاقته لأوقات معلومة، أم لم تكن كذلك[٢٠]، وذلك لأن خطاب التكليف متوجه له وقت إفاقته، فيتحمل نتيجة فعله.

ومن ناحية أخرى فإن كلَّ فقد للإدراك أو الاختيار أو كليهما ينفي المسؤولية الجنائية، سواء في ذلك أكان المرض قد أصاب العقل مباشرة أم أصاب جزءا آخر في الجسم وتَدَاعى له العقل، أما إذا ظل المريض مسيطراً على قواه العقلية مدركاً لما يفعل مختارا فيه، فإنه يعد أهلا جنائيا ومسؤولا عن أفعاله، ولو أثر ما يعانيه على بعض أوجه شخصيته، كالشخصية التي يطلق عليها اسم الشخصية (السيكوباتية) التي تنحرف فيها الغرائز وتختل العاطفة، ولكن تتوافر لها الإرادة وحرية الاختيار، وبالتالي فهي تعتبر - طبقا لقواعد الفقه الإسلامي - كاملة الأهلية مسؤولة جنائيا عما تُقدم عليه[٢١].

مسؤولية المجنون عن أفعاله غير المشروعة في الفقه الإسلامي

٨ - على أن ذلك لا يعنى أن كل أفعال المجنون هدر لا ترتب

مسؤولية، ذلك لأنه وإن لم يكن من شأنها ذلك أن تلحق به عقوبات بدنية - لأنه غير مكلف - فإنها قد ترتب التزامات مالية، كالإلزام بالدية في حالة القتل بحيث تؤدي من ماله أو تؤديها معه، أو عنه، عاقلته، على خلاف في ذلك، أو أداء تعويض - يدفع من ماله - عما أتلفه من أموال الناس، لأن انعقاد الإتلاف، موجباً للضمان، لا يتوقف على القصد، فلو انقلب النائم على شيء فأتلفه، ضمن، حفظاً لأموال الناس وصيانة لها، فهي معصومة، والأعذار الشرعية لا تنافي عصمة المحل.

معنى الجنون وأنواعه في الدراسات القانونية

٩ - وفي الدراسات القانونية الجنائية - كما في الشريعة الإسلامية - ليس هناك اتفاق على تعريف الجنون، ويعنون به ذلك الاختلال العقلي الذي يكون من شأنه جعل المصاب عاجزاً عن إدراك كُنْه أفعاله، أو عاجزاً عن العلم بأنه محظور عليه ارتكاب ذلك الفعل أو الترك[٢٢].

وقد ينشأ الجنون عن إصابة مادة المخ ذاته، أو عن مرض عضوي أو عن دخول مادة ضارة بالجسم من شأنها التأثير على السير العادي لنشاط المخ كالمخدرات، بل إنه ليس بشرط أن تتعلق هذه الحالة بالمخ، فقد تكون متعلقة بالجهاز العصبي أو خاصة بالصحة النفسية[٢٣].

وللجنون في الدراسات القانونية أنواع[٢٤]، فقد يكون عاما مستغرقاً كل القوى الذهنية، ممتداً خلال وقت المريض كله، ويطلق عليه الجنون العام، وقد يكون متقطعاً، يأخذ صورة نوبات تفصل بينها فترات إفاقة، كما قد يكون متخصصا، أي متعلقا بجانب من النشاط

الذهني، فتسيطر على المريض، في نطاقه، فكرة فاسدة، في حين تكون سائر قواه العقلية الأخرى عادية، وقد ينشأ هذا الجنون لعاهة مؤثرة في العقل تصيب الإدراك، كمن يعتقد أن له حقاً معيناً في العرش، أو تصيب الإرادة، كمن يتملكه دافع شديد لا يقوى على مغالبته، كالحالة المعروفة بجنون السرقة أو جنون الحريق(٢٥).

وهناك نوع متميز من القصور العقلي، أو النقص العقلي، وفيه يقف المخ في نموه عند حد معين في وقت لايزال فيه قابلا للنمو، مع بقائه كذلك حتى انقضاء سن النمو. وهو ليس على درجة واحدة، إذ يختلف تبعاً للمرحلة التي وقف فيها النمو، وأهم حالاته العته، والبَلَه، والضعف العقلي، ويمثل العته أخطر درجاته، وفيه تقف الملكات الذهنية دون سن التمييز، ويتيمز صاحبه بعدم القدرة على الكلام والانتباه والقيام بحاجته الضرورية، ويكون قاصراً عن إدراك كل ما يحيط به من مظاهر الحياة. أما البله فهو حالة متوسطة بين العته والضعف العقلي، وفيه يقف النمو العقلي دون سن النضوج الجنسي، ويتميز المتصف به بقابليته للتعليم لدرجة متوسطة، ولكنه مع ذلك يكون ضعيف الملاحظة والانتباه. وأما الضعف العقلي فهو النقص في القوى العقلية إلى درجة أخف من البله، وفيه يتجاوز النمو العقلي سن النضوج الجنسي دون أن يبلغ مرحلة النضوج الكامل، ويتميز صاحبه بضعف الإرادة وعدم التمسك بالقيم.

ومما يلفت النظر في الدراسات القانونية، أن بعض القوانين كالقانون المصري - أضاف إلى حالة الجنون حالة «عاهة في العقل»، مما يشعر بأنهما حالتان مختلفتان وفق ما يشير إليه العطف الذي يقتضي المغايرة بين المعطوف عليه والمعطوف، وقد دفع هذا بعض الشراح إلى محاولة التعريف بعاهة العقل بما يميزها عن الجنون، فقالوا: إن المقصود بالنص عليها، هو التعبير عن كل نقص أو ضعف أو اضطراب

شديد في القوى العقلية أو في الملكات الذهنية أو الإرادية، لا يصل إلى حد فقد هذه القوى أو الملكات بصفة مطلقة.

ورأى آخرون أن القانون قصد بالنص على عاهة العقل إدخال الحالات العصبية أو النفسية التي يكون لها تأثير على الشعور أو الاختيار فيمن يتصف بها[٢٦].

معنى الجنون وأنواعه في الدراسات الطبية والنفسية

١٠ - وفي الدراسات الطبية والنفسية يرون أن «الجنون» مصطلح قانوني أكثر منه علمي، وأن له تعاريف مختلفة ومتعددة قد تصل إلى نحو تسعة عشر تعريفا، ويقصد به - في صورة عامة - الأمراض العقلية، أو بتعبير أدق «الذهان» أو «الاضطرابات الذهانية» سواء منها ما كان وظيفيا أو عضويا، أما التأخر العقلي فليس جنوناً، وارتباطه بالجريمة ارتباط من ذلك النوع الذي يحدث بين ظاهرتين منفصلتين، فهناك فئات من المتأخرين عقليا لا يقومون بسلوك إجرامي لتأخرهم الشديد ونقص الذكاء اللازم لتنفيذ بعض أشكال السلوك الإجرامي المخطط بعناية، فضلاً عن أن الكثيرين منهم يعانون - بجانب التأخر العقلي - من قصور وعجز في وظائف جسمية حركية، وأمراض شديدة مزمنة مما لا يتيسر معه ارتكاب الجرائم[٢٧].

ومن ناحية أخرى فإنه ليس كلُّ مرض نفسي أو عقلي يُعْدم المسؤولية الجنائية، فالعُصاب، بصورة عامة، يتسم بوجود صراعات داخلية، وتصدع في العلاقات الشخصية، وظهور أعراض مختلفة أهمها القلق والخوف والاكتئاب والوساوس والأفعال القهرية وسهولة الاستثارة والحساسية الزائدة والأعراض الهيستيرية، ولكنه مع ذلك كله ليس

«ذهانا»، إلا في حالات نادرة، تمنع المريض العصابي من سلامة الإدراك والاستبصار[٢٨].

على أن هناك من علماء النفس من رأى أن الأمراض النفسية - باعتبارها آفة من آفات العقل الباطن ولها أثرها الخطير في حياتنا الشعورية - تدخل تحت عبارة عاهة في العقل المنصوص عليها في المادة ٦٢ (عقوبات مصري)، وأنه بالتالي لا معنى لحرمان المريض نفسيا من حكم الإعفاء من العقاب المنصوص عليه فيها، وحجته في ذلك أن القانون - حينما يشترط فقد الشعور والاختيار - فإنه يجعل بذلك هذا النص ينطبق تمام الانطباق على الحالات النفسية التي يكون المريض فيها متمتعاً بالإدراك ومالكاً لشعوره ولكنه فاقد الاختيار[٢٩].

مقارنة بين الدراسات الإسلامية والدراسات القانونية

١١ - هذه هي معاني الجنون وأنواعه المترددة في الدراسات الإسلامية وفي الدراسات القانونية والدراسات الطبية والنفسية، وتلك هي الآثار المترتبة على تحقق هذه المعاني.

فإذا أمعنا النظر في هذه الدراسات جملة، فقد نخلص إلى الملاحظات الآتية:

أولاً: إن بساطة الفقه الإسلامي في ربطه بين الأهلية والعقل، تؤدي - بصورة عامة - إلى انتفاء التكليف حين يتحقق الجنون[٣٠]، أما في الدراسات القانونية فإن تحقق معنى الجنون يؤدي إلى امتناع المسؤولية إذا أدى إلى عدم الإدراك أو الاختيار، أو يؤدي إلى امتناع العقاب على نحو ما عبر به القانون المصري في المادة ٦٢ (عقوبات). وسواء امتنع العقاب أو امتنعت المسؤولية، فإن كلا المانعين يفترض توافر جميع أركان الجريمة التي يرتكبها المجنون، بما في ذلك القصد

الجنائي مع استبعاد المسؤولية والعقاب، في حال اعتباره مانع مسؤولية، واستبعاد العقاب فقط في حال اعتباره مانع عقاب، وهذا يؤدي بنا إلى القول بأن التدبير الذي يصدر في شأن المجنون عند ارتكابه جريمة، هو أقرب - من وجهة نظر هذه القوانين - إلى الإدانة منه إلى البراءة، مع أن بعض هذه القوانين تنتهي في بعض الأحوال إلى نتيجة تختلف مع مفترضاتها؛ فالقانون المصري في المادة ٣٤٢ (إجراءات)، يشير إلى أنه يحكم بالبراءة في حالة وجود عاهة العقل، مما يتناقض مع ما انتهجه من أن عاهة العقل تؤدي إلى امتناع العقاب، لا إلى القول بعدم وجود الجريمة والبراءة تبعاً لذلك[٣١].

١٢ - **ثانياً**: إن الشريعة الإسلامية لا تعرف أشباه المجانين أو أنصاف العقلاء، فانعدام الأهلية الجنائية لايتأتى إلا بفقد العقل، وانعدام المسؤولية لا يكون إلا بفقد الإدراك والاختيار. أما في الدراسات القانونية فهناك من يطلق عليهم أنصاف المجانين أو المجرمون الشواذ، وهم من لا يفقدون القدرة على الإدراك فقداً تاماً، وإنما يحتفظون بقدر محدود من الإدراك والاختبار يجعلهم في منطقة وسطى بين المسؤولية وعدمها، مما يحول دون إعفائهم من العقاب لتوافر سبب المسؤولية، كما يحول دون فرض العقاب الكامل لإصابتهم بما أثر في إدراكهم، الأمر الذي يترك مجالاً للقول بوجوب الجمع بين العقوبة والتدبير الاحترازي، أو خلق تدبير مختلف يجمع بين خصائص العقوبة وخصائص التدبير، وهي أمور تتطلب لتطبيقها تعديلا تشريعيا يعترف فيه القانون بمثل هذا النوع من المسؤولية ويضع لها الجزاء المناسب[٣٢].

أما قبل أن يحدث هذا التعديل التشريعي فلا يملك القضاء سوى تخفيف العقوبة في نطاق حدها الأدنى، أو استعمال الرأفة باستبدال عقوبة أخف بالعقوبة العادية في حدود ما يقضي به القانون، كما في تطبيقات المادة ١٧ (عقوبات)، أو إيقاف تنفيذ العقوبة في الحدود التي تقضي بها

المادتان ٥٥، ٥٦ (عقوبات)، أما الحكم بأحد التدابير الاحترازية، فإن القاضي لا يملكه، لأن القانون لم يضعه لمثل هذه الحالة[٣٣].

١٣ - **ثالثاً**: إن الدراسات الإسلامية تعتبر المجنون ضامناً لأفعاله، مسؤولا عنها، بوصفها خطأً، على نحو ما يراه مالك وأبو حنيفة وأحمد رضي الله عنهم، تأسيساً على أنه لا يمكن أن يقصد الفعل قصداً صحيحاً، أو بوصفها عمداً، على نحو ما يراه الشافعي رضي الله عنه، استناداً إلى أن الجنون وإن أعفى من العقوبة إلا أنه لا يؤثر في تكييف الفعل الذي يأتيه المجنون مريداً له، وإن كان لا يدركه إدراكاً صحيحاً[٣٤].

أما في الدراسات القانونية العربية[٣٥]، فإن الأصل هو أن المجنون غير مسؤول عن جرائمه، وإنما المسؤول عن جبر أضرارها هو الشخص المكلف بملاحظته ورقابته، وأنه حين يلزم بالتعويض لا يرجع بما يؤديه على مال المجنون، على خلاف ما تقضي به القواعد العامة.

وقد أصَّل أحكام هذه المسؤولية الفريدة، تطبيقاً للقانون المدني، المرحوم الدكتور عبد الرازق السنهوري، فقال: إن مسؤولية المكلف بالملاحظة والرقابة «هي مسؤولية أصيلة لا تبعية...

... ذلك لأن غير المميز لا يمكن القول إن مسؤوليته تحققت، فتحققت تبعاً لها مسؤولية متولي الرقابة، بل الواجب أن يقال إن مسؤولية متولي الرقابة هي مسؤولية أصيلة، قامت مستقلة، وأساسها خطأ مفترض في جانب المسؤول. ولا تستند هذه المسؤولية إلى مسؤولية غير المميز،... فإن هذا لا يكون مسؤولا إلا مسؤولية في نطاق ضيق «حددته الفقرة الثانية من المادة ١٦٤ مدني مصري، وهي مسؤولية ليست مبنية على الخطأ، إذ الخطأ يستوجب الإدراك، وإنما تقوم على تحمل التبعة، فالشخص غير المميز.. يتحمل تبعة ما يحدثه من ضرر، ولذلك جاءت مسؤوليته مشروطة ومخففة، فهي أولاً مسؤولية مشروطة، وشرطها

ألا يجد المضرور سبيلاً للحصول على التعويض من المسؤول عن عديم التمييز.. ذلك أن المجنون يكون في كفالة أبيه أو أحد أقاربه أو كفالة أحد مستشفيات الأمراض العقلية فالمعهود إليه بالرقابة يكون مسؤولا وحده عن عمل عديم التمييز، فيرجع عليه المضرور بالتعويض كاملا، أما إذا لم يوجد، أو وُجد، ولكنه استطاع أن ينفي الخطأ عن نفسه [إذ هو خطأ قابل لإثبات العكس]، أو لم يستطع نفي الخطأ ولكنه كان معسراً، فلم يستطع المضرور أن يحصل منه على التعويض، فعند ذلك يرجع المضرور بالتعويض على عديم التمييز نفسه. ومسؤولية عديم التمييز في هذه الحالة مسؤولية مخففة،... فيقضي على عديم التمييز بتعويض عادل، مع مراعاة مركز الخصوم: فيكون التعويض كاملاً لو كان عديم التمييز ثريا وكان المضرور فقيراً، ويكون التعويض جزئيا لو كان عديم التمييز ميسر العيش من غير وفر وكان المضرور فقيرا، وقد لا يقضي بتعويض أصلا [لأن الحكم بالتعويض هنا جوازي لا وجوبي] إذا كان عديم التمييز فقيراً، وبخاصة إذا كان المضرور أيضا في سعة من العيش».

وتستند أحكام القانون المصري في مسؤولية المجنون ومتولي الرقابة عليه إلى النظرية التقليدية للخطأ، وهي نظرية تزاحمها في ميدانها نظرية الخَطَر، التي تقتضي أن يسأل المجنون عن تعويض الأضرار التي أحدثها من ماله الخاص، وقد طبقتها في القرن العشرين بعض القوانين الغربية كالقانون الألماني والقانون السويسري بما يلتقي مع نظرة الفقه الإسلامي في مسؤولية المجنون التي نادى بها منذ أكثر من ثلاثة عشر قرنا[٢٧].

طروء الجنون بعد ارتكاب الجريمة

١٤ - ذلك هو أثر تحقق الجنون وقت ارتكاب الجريمة، أما إذا طرأ بعد ارتكاب الفعل، فقد اختلف فقهاء الشريعة فيما إذا كان له أثر على المحاكمة أو على التنفيذ أم أنه لا أثر له في ذلك:

ففي المحاكمة؛ يرى الشافعية والحنابلة أن طروء العارض بعد ارتكاب الفعل لا يمنع من المضي في نظر الدعوى، لأن الأهلية قد وجدت وقت تحقُّق السبب، ولأنه لا خوف على المتهم المعاق لأن الشريعة قد تكفَّلَت بتوفير الضمانات والوسائل التي تؤدي إلى كشف الحقيقة دون إخلال بحقوقه.

ويرى الحنفية والمالكية أن طروء العارض يقتضي وقف المحاكمة، لأن استمرار هذه المحاكمة يتطلب تكامل الإدراك.

أما طروء العارض بعد الحكم بالإدانة فيرى الشافعية والحنابلة أنه لا يوقف التنفيذ إلا إذا كان حداً ثَبَت بإقرار الجاني، إذ الرجوع عن هذا الإقرار يمنع إقامته، فلو ثبت على الشخص حد الزنى أو السرقة بإقراره، ثم جن، لم يقم عليه الحد.

بينما يرى الحنفية أن عارض الأهلية إذا طرأ يمنع من إقامة الحد لأنه يشترط لإقامته أن يكون من أهل الاعتبار، كما أن الحدود تدرأ بالشبهات، فيُحتمل أن يبدى المتهم ما يسقط عنه هذا الحد. أما القصاص فلا يمنع تنفيذه إلا إذا جن قبل أن يُسلَّم للتنفيذ، إذ ينقلب القصاص في هذه الحالة إلى دية في ماله، لتمكن الخلل في الوجوب.

ويرى المالكية أن عارض الأهلية يمنع من تنفيذ الحكم، حداً كان أو قصاصاً، فإذا جن بعد الحكم، وجب انتظار إفاقته إن رُجيت، فإن أيس منها فالدية في ماله، فإن أفاق بعد ذلك اقتص منه، إلا إذا حكم بها حاكم يرى السقوط(٣٨).

أما في القانون المصري، فإن الإجراءات الناشئة عن الجريمة التي تتخذ في مواجهة المتهم وتفترض إسهامه فيها أو تأثره بها على نحو معين يحدده القانون، هذه الإجراءات، لا تنتج أثرها إذا كان المتهم فاقداً رشده، ويتعين - لذلك إرجاؤها حتى يعود إليه الرشد.

وتطبيقاً لهذه القاعدة، ففي العاهة الطارئة أثناء إجراءات التحقيق أو المحاكمة، تنص المادة (٣٣٩/ ١٠ إجراءات) على أنه «إذا ثبت أن المتهم غير قادر على الدفاع عن نفسه بسبب عاهة في عقله طرأت بعد وقوع الجريمة، يوقف رفع الدعوى عليه أو محاكمته حتى يعود إليه رشده». ولا يحول هذا الإيقاف دون اتخاذ إجراءات التحقيق المستعجلة أو اللازمة [مادة ٣٤٠ إجراءات].

أما في العاهة الطارئة بعد الحكم بالإدانة، فقد فرق القانون بين العقوبات المالية والعقوبات الماسة بالحرية، فلم ير تأجيل تنفيذ العقوبات الأولى، بينما رأى تأجيل تنفيذ الثانية حتى يعود إلى المحكوم عليه رشده [المادة ٤٨٧ إجراءات والمادة ٣٥ من القانون رقم ٣٩٦ لسنة ١٩٥٦ في شأن تنظيم السجون].

وقد كان منطق هذا الفكر يقتضي إيقاف تنفيذ عقوبة الإعدام، بوصفها على رأس العقوبات الماسة بالحرية، وذلك ما كانت تنص عليه - فعلا - الفقرة الأولى من (المادة ٤٧٦ اجراءات)، غير أن هذه الفقرة ألغيت بالمرسوم بقانون رقم ١١٦ لسنة ١٩٥٢، وبالتالي أصبح الجنون غير موقف لعقوبة الإعدام. وقد يستند ذلك إلى أنها عقوبة استئصال تحقق هدفها ولو نفذت في مجنون[٣٩].

الأهلية المدنية:

١٥ - ذلك كله عن الأهلية الجنائية والمسؤولية المرتبطة بها عند تحقق الإعاقة العقلية أو النفسية - أما الأهلية المدنية في التصرفات القانونية، فهي - كما سبق القول - ترتبط بأهلية الأداء، وهي صلاحية الشخص لاستعمال الحق عن طريق التصرف القانوني، ومناطها - بجانب العقل - التمييز، لأن الإرادة لا تصدر إلا عن تمييز، فمن كان

كامل التمييز كان كامل الأهلية، ومن نقص تمييزه كانت أهليته ناقصة، ومن انعدم تمييزه انعدمت أهليته.

ولذلك فإن الفقهاء الإسلاميين، وإن كانوا لم يتطرقوا صراحة إلى نقص الأهلية الجنائية، فإنهم تناولوا بوضوح حكم نقص الأهلية المدنية بجانب انعدامها، فاعتبروا الجنون من العوارض التي تعدم الأهلية لأنها تفقد التمييز، وقالوا عن العته إنه قد يفقد الأهلية حين يفقد صاحبه التمييز كلية، فيكون كالمجنون والصبي غير المميز، وقد ينقصها فقط إذا كان المعتوه مميزا، فيكون كالصبي المميز[٤٠].

وبجانب الجنون والعته، تكلم الفقهاء عن السفه والغفلة[٤١]، وهما عارضان لا ينشآن عن مرض عقلي، ولا يُخلان بالعقل من الناحية الطبيعية وإنما يشتركان في معنى واحد هو ضعف بعض الملكات الضابطة في النفس، ويتميز السفه بأنه صفة تعتري الإنسان فتحمله على تبذير المال وإتلافه على خلاف مقتضى العقل والشرع، أما الغفلة فإنها تعتبر صورة من صور ضعف بعض الملكات النفسية، ترد على حسن الإدارة والتقدير.

مدى اشتراط الحكم القضائي لإثبات الإعاقة

١٦ - ومع اتفاق جمهور الفقهاء على أن عوارض الأهلية المشار إليها تستأهل الحجر على المصاب بها، فإنهم، فيما يتصل باشتراط صدور حكم بالحجر، قد فرقوا بين الجنون والعته، من ناحية، والسفه والغفلة، من ناحية أخرى.

ففي الجنون والعته لا يحتاج ثبوت الولاية على المعاق إلى حكم، إذ هي تثبت عليهما من وقت تحقق الجنون أو العته، وتزول من وقت التأكد من زوالهما، وذلك على أساس أن كلا منهما واقعة ثابتة يُعرف زمان وجودها وزمان زوالها، وليس أمراً تقديرياً تختلف في تصويره الآراء.

أما السفه والغفلة فإنهم اختلفوا في مبدأ ثبوت الحجر وانتهائه؛ فذهب بعضهم، كالإمام محمد من الأحناف، والإمام ابن القاسم من المالكية، إلى أن الحجر يثبت عليهما بمجرد ظهور أمارات السفه أو الغفلة، كما ينتهي بمجرد ظهور دلائل الرشد، وذلك دون حاجة إلى صدور حكم قضائي بتوقيع الحجر أو رفعه، في حين ذهب آخرون، منهم الإمام أبو يوسف، والإمام مالك وكبار أصحابه، إلى أن توقيع الحجر على السفيه أو ذي الغفلة، ورفعه عنهما، لا يكون إلا بحكم قضائي[٤٢].

ولم تخرج التشريعات العربية عما انتهى إليه الفقه الإسلامي في شأن الأهلية للتصرفات القانونية، وأخذت برأي الجمهور في الحجر للسفه والغفلة، وتبنت رأي أبي يوسف ومن معه في أن الحجر على السفيه وذي الغفلة لا يقع ولا يرتفع إلا بحكم قضائي. غير أن البعض منها[٤٣]، كالقانون المصري، عَمَّم هذا الحكم على المجنون والمعتوه، فاشترط صدور الحكم القضائي، مخالفاً بذلك ما أجمع عليه فقهاء الإسلام بالنسبة لهما.

فقد جرى نص المادة ١١٣ من القانون المدني المصري على ما يأتي: «المجنون والمعتوه وذو الغفلة والسفيه تحجر عليهم المحكمة وترفع الحجر عنهم وفقاً للقواعد والإجراءات المقررة في القانون»، وبمثل ذلك - أيضاً - جرى نص المادة ٦٥ من المرسوم بقانون رقم ١١٩ لسنة ١٩٥٢ الخاص بالولاية على النفس.

وقد ربط القانون المصري - كقاعدة عامة - بين حكم التصرف الذي يجريه المحجور عليه وبين توقيع الحجر، إلا في حالة الغير السيئ النية؛ ففي شأن المجنون والمعتوه نصت المادة (١١٤ مدني) على أنه: «١ - يقع باطلا تصرف المجنون والمعتوه إذا صدر بعد تسجيل قرار الحجر.

٢ - أما إذا صدر التصرف قبل تسجيل قرار الحجر فلا يكون باطلا إلا إذا كانت حالة الجنون أو العته شائعة وقت التعاقد أو كان الطرف الآخر على بينة منها»

وفي شأن السفية وذي الغفلة نصت المادة ١١٥ مدني على أنه «١ - إذا صدر تصرُّف من ذي الغفلة أو من السفيه بعد تسجيل قرار الحجر سرى على هذا التصرف ما يسري على تصرفات الصبي المميز من أحكام. [فتكون صحيحة متى كانت نافعة نفعاً محضاً، وباطلة متى كانت ضارة ضرراً محضاً، وقابلة للإبطال إذا كانت تدور بين النفع والضرر. م١١١ مدني]. ٢ - أما التصرف الصادر قبل تسجيل قرار الحجر فلا يكون باطلا أو قابلًا للإبطال، إلا إذا كان نتيجة استغلال أو تواطؤ»[٤٤].

وهذا الذي ذهب إليه القانون المصري في اشتراط صدور حكم بالحجر على المجنون والمعتوه وربط حكم تصرفاتهما بتسجيل قرار الحجر - وإن كان يخالف ما استقر عليه الفقه الإسلامي - إلا أنه قد يجد له تأصيلا في قاعدة استصحاب الحال أو ما يشهد به الظاهر: «فإنه قبل عارض الجنون يأخذ الشخص - باستصحاب الحال - حكم العقلاء، حتى يقوم الدليل على ما يفيد تغير الحال، وتقدير الدليل للقضاء. وبعد الحكم بجنونه، يكون ظاهر الحال بقاء حكم الجنون حتى يقوم الدليل على خلافه، وتقدير الدليل يكون بحكم القضاء»[٤٥].

ولا ريب أن في ربط حكم التصرفات المالية بصدور الحكم القضائي بالحجر أو برفعه، على النحو سالف البيان، إقامة لمعيار دقيق قلما يجافي الواقع، وهو في ذات الوقت ضمانة هامة، في شأن أمور قد يُداخلها الاصطناع، ويدفع إلى تزييفها الغرض، ويلتوي بها حذق الخصومة والكيد فيها[٤٦].

لا ضرورة للحكم بالحجر لامتناع المسؤولية الجنائية:

١٧ - على أنه مع التسليم بصحة ترك القول الفصل للقضاء في وجود الإعاقة، وتحديد مداها والإعلان عن بدايتها ونهايتها، وربط ذلك بصدور قرار الحجر وتسجيله أو تسجيل الطلب المقدم بشأنه، ليأخذ حكم تسجيل القرار ذاته تطبيقاً للمادة (١٠٢٦ مرافعات مصري)، مع التسليم بذلك له، **فإن هناك أموراً قد يحسن أن نخصها بالذكر وهي:**

أولاً: أن اعتبار الحجر لا يقع ولا يرتفع إلا بحكم قضائي، إنما يقتصر في تطبيقه على ما يتصل بالتصرفات القانونية المدنية، بعد أن اعتبر القانون المدني الحجر الثابت بالتسجيل قرينة غير قابلة لإثبات العكس على الجنون والعته، مما استتبع البطلان بقوة القانون، واعتبر التصرفات الصادرة دون نفاذ قرار الحجر، تصرفات صحيحة أخذاً بالإرادة الظاهرة، إلا إذا كانت حالة الجنون أو العته شائعة وقت التعاقد، أو كان الطرف الآخر على بينة منها.

أمّا فيما يتصل بامتناع المسؤولية الجنائية، فالحجر، وإن كان يمكن الاستئناس به، إلا أنه لا يعتبر قرينة على عدم استحقاق العقاب، وبالتالي فإنه يتعين على القاضي الذي يُدفع أمامه بأن المتهم كان وقت الفعل مصاباً بجنون أو عاهة في العقل أفقدته الشعور والاختيار، ويُحْتَج لديه بقرار حجر كان سارياً وقت الحادث، على هذا القاضي، أن يتحقق من حالة المتهم، وأن لا يقضي بامتناع العقاب إلا إذا ثبت لديه أنه كان فعلاً غير أهل، وفاقداً لشعوره أو اختياره[٤٧].

حدود سلطات الخبير الطبي في فحص الحالة:

١٨ - **ثانياً**: إن الواضح مما تقدم أن فصل القاضي في المسؤولية الجنائية لا يتطلب البحث في مدى توافر الجنون أو العاهة العقلية وقت

الفعل، فحسب، وإنما يتجاوز ذلك إلى البحث في فقد الشعور والاختيار أو أحدهما؛ وذلك لأن العارض لا يثبت لمجرد تحقق العلة (الجنون) وإنما يتعداه إلى الأثر.

ولا ريب أن تقدير مدى توافر المرض العقلي، واستجلاء أثره على الإدراك والاختيار، يستلزم خبرة فنية متقدمة، تملك القدرة على تشخيص المرض، واستكناه أثره على الإدراك والاختيار، لا في وقت إجراء الفحص، وإنما في لحظة زمنية ماضية، وباستدعاء ظروف معينة غير مشاهدة، مما يقتضي درجة عالية من التخصص، طالما كان الأمر غير واضح للعين العادية لتقطع فيه برأي.

ولا يقال في هذا الصدد إن الأهلية ظاهرة قانونية لا يملك غير القاضي الفصل فيها، وبالتالي لا يحق للقاضي أن يكل أمرها للخبير، فإن انتهى الخبير في تقريره إلى تحققها أو عدم تحققها، فلا يلزم القاضي بما انتهى إليه، وعليه أن يبحث هو بنفسه، لأن المسائل القانونية هي واجبُه الذي لا يستطيع أن يتخلى عنه لغيره، لا يُقال هذا، لأن الأهلية إنما تقوم على ظواهر طبيعية تُعلن عن وجودها أو انعدامها، وهذه الظواهر عادة ما تكون دقيقة وعميقة، وخفية، بحيث يتعذر على غير الخبير بها أن يقطع في شأنها، وليس في استطاعة القاضي، عادةً، أن يتعمق في المسائل الفنية البحتة، ويكفيه في هذا الشأن - باعتباره الخبير الأعلى - أن يستجلي ما غمض، وأن يستوضح ما يساعده على بناء عقيدته، وأن يوازن بين ما قد يقدم إليه من آراء فنية متعارضة، ليختار من بينها ما يراه أجدر بالقبول[٤٨].

ومن ناحية أخرى، فإنه يجب أن نُطلق يد الخبير الفني في فحص الحالة المعروضة واستجلاء مسبباتها، ولو تجاوزت هذه المسببات الدائرة الضيقة للمرض العقلي أو عاهة العقل، فقُدرة الجاني على

الاختيار قد يخل بها إخلالاً خطيراً وجود مرض نفسي ليست له مظاهر خارجية واضحة، وإنما يكمن في ثنايا النفس ليورث الخلل في الإدراك أو الاختيار بما يستأهل الحكم بامتناع المسؤولية أو امتناع العقاب.

ولعل من الأمثلة على ذلك ما قد يحدث للشخصية (السيكوباتية) التي لا يمكن بحسب الأصل إعفاؤها من العقاب لتوافر التمييز والإرادة الحرة - حسب البادي من الظواهر الخارجية، غير أنه أحياناً تكشف الأيدي الخبيرة المتخصصة أنها مصابة باختلال - غير واضح للعيان - في القوى الذهنية، يستتبع الحكم بامتناع العقاب تطبيقاً للمادة ٦٢ من قانون العقوبات المصري.

معيار تقدير الخبير للحالة

١٩ - **ثالثاً**: بل إننا قد لا نكون متجاوزين للحقيقة القانونية إذا قلنا إنه يجب إطلاق يد الخبير الفني حتى لا يعتبر اضطراب الإدراك والتفكير هو المعيار الوحيد للدلالة على إصابة المتهم بالمرض العقلي المعفي من المسؤولية الجنائية، على نحو ما ينتهجه النظام القضائي الإنجليزي منذ أواخر القرن السابع عشر حتى الآن. وذلك لأن النشاط الإنساني لا يقتصر على الجانب المعرفي المتضمن الإدراك والتفكير والذاكره ونحوها، وإنما يمتد إلى الجانب الوجداني والجانب السلوكي، ويؤثر المرض العقلي على الجوانب الثلاثة، ولو بدرجات متفاوتة، وبالتالي فإنه عند تقدير حالة المتهم العقلية، فليس من الصواب أن نقدر مسؤوليته الجنائية على أساس وجود أو عدم وجود اضطراب في أحد جوانب النشاط النفسي دون غيره[٤٩].

ضرورة توفير المرونة القضائية للحكم بالإعاقة ومتابعتها:

٢٠ - ولا يبقى بعد ذلك سوى أن يكون هناك من القواعد ما يوفر

للقضاء مرونة واضحة فيما يصدره من أحكام تتصل بالإعاقة والكشف عنها ومتابعة حال من قضى بإعاقته، حتى لا يظل مكبَّلا بقيود الحجر، أو رازحاً تحت وطأة أحد التدبير الاحترازية أكثر مما يجب، وقد يتوافر جانب من ذلك من مثل ما تحرص عليه التقاليد القضائية المصرية، على هدى التشريعات المطبقة، من عدم حصر الإثبات في أدلة محددة قانوناً، وجواز إعادة النظر في طلب الحجر، مع عدم إسباغ قوة الأمر المقضي على القرار الصادر بشأنه إلا في حدود معينة، واعتبار الأحكام الخاصة بالحجر من النظام العام، يبطل كل اتفاق على مخالفتها، ثم فوق هذا وذاك تكليف النيابة العامة بمتابعة فعلية لأحوال عديمي الأهلية، تطبيقاً واقعياً لما تشير إليه المادة ٩٦٩ من قانون المرافعات المصري.

وجوب المراقبة الفعلية للأولياء

٢١ - على أن ما قد يستوجب النظر في النظم العربية الخاصة بعديمي الأهلية هو وضع القواعد الملزمة لمراقبة أولياء النفس في القيام بواجباتهم، مراقبة عملية فعّالة، دون الاكتفاء بنصوص فضفاضة لا تجد صدى حقيقياً في التطبيق، كما فعل قانون الولاية على النفس المصري رقم ١١٨ لسنة ١٩٥٢ حين منح المحكمة الجنائية الحق في سلب الولاية عن الولي الذي ثبت لديها ارتكابه جرائم معينة أو إخطار المحكمة المختصة بمضمون الحكم، فهذا النص لم ير النور، ولم تحرص أية محكمة على التحري عمن يكونون مشمولين بولاية من تقضي عليهم بعقوبات تستوجب سلب الولاية عنهم[٥٠].

وقد يكون من المفيد في هذا الشأن - أن نلزم النيابة العامة - لا المحكمة - بالتحري عن وجود عديمي الأهلية تحت ولاية من يحكم عليهم بالإدانة، حكماً يكشف عن عدم صلاحيتهم للاستمرار في مباشرة هذه الولاية؛ ويمكن أن يكون ذلك عن طريق استحداث استمارة

خاصة، تلمؤها الشرطة عند تنفيذ أنواع معينة من الأحكام التي من شأنها أن تفقد الولي صلاحيته للاستمرار في الولاية، مع إضافة ما قد يتوافر من تحريات، وإخطار نيابة الأحوال الشخصية التابع لها موطن المحكوم عليه، لتتخذ شؤونها فيها.

حقوق المعاقين عقلياً ونفسياً:

٢٢ - يكفل الإسلام، كما تكفل المواثيق الدولية، للمعاقين عقليا ونفسيا جميع الحقوق التي يجب أن يتمع بها سائر البشر، في حدود ما تسمح به إعاقتهم، لا فرق في ذلك بين حقوق مدنية أو سياسية أو اقتصادية أو اجتماعية أو ثقافية.

وسنتناول فيما يلي نماذج من هذه الحقوق، تدور حول حق المعاق في رعاية شخصه، وواجب الأسرة والمجتمع إزاء ذلك، مكتفين - أساساً - بالإشارة إلى التأصيل دون الخوض في تفصيلات، قد لا تسعف وريقات هذا البحث في استيعابها.

أهم الحقوق التي تتعلق شخص المعاق

٢٣ - وإذا كان حرمان المعاق عقلياً ونفسياً، كلياً أو جزئياً - من القدرات التي يتمتع بها غيره من أسوياء البشر، هو حرمان لا يَدَ له فيه، فإن من العدل والإحسان ألا نحمله مغبته، بل وأن نرعاه في محنته، ونأخذ بيده، حتى يجتاز الأزمة التي مُني بها، سواء بعلاجه من مرضه حتى يعود إلى صفوف الأسوياء، أو بتأهيله للتعامل معهم، أو تدريبه للتعايش مع إعاقته، وقضاء حاجاته ومتطلباته بالقدر الذي تسمح به هذه الإعاقة، مع الحرص، دائماً وأبداً، على رعايته ومعاملته المعاملة الكريمة التي تفرضها إنسانيته وتمليها ظروفه الخاصة.

ومن ثم، فإن الحديث عن الحقوق المتعلقة بشخص المعاق تقتضينا - أساساً - التطرق إلى زوايا ثلاث هي: الحق في العلاج، والحق في التعليم والتدريب، والحق في الرعاية والمعاملة الكريمة.

الحق في العلاج:

٢٤ - أما الحق في العلاج فيفرضه أن المعاق مريض، وأننا أُمرنا بالتطبُّب وبالتداوي، لأن الله لم يخلق داء إلا خلق له دواء، ولأن التقدم المذهل في العلوم الطبية والنفسية جَعَل الغالب الأعم من الأمراض العقلية والنفسية... تحت السيطرة، واستحدث من الأدوية، ووسائل العلاج ما يؤدي - عادة - إلى الشفاء أو يقلل من طغيان المرض إلى حد كبير.

فإذا كان المرض لا يمس إرادة المريض، ولا يخل بإدراكه واختياره، فإنه لابد من موافقته على العلاج، بعد أن يحاط علما بالمعلومات اللازمة لاتخاذ قراره.

«فإذا رفض المريض العلاج كان على الطبيب أن ينصح له، ثم أن يثبت هذا الرفض بالكتابة أو بالإشهاد. أو بتوقيع المريض، حسبما يدعو الموقف أو يسمح، وفي الأحوال التي يكون الخوف أو الرعب فيها سبباً في الرفض، فللطبيب أن يستعين بدواء يهدئ نفس المريض أو يزيل رعبه ويحرره منه، ولكن دون إذهاب وعيه، ليكون المريض أقدر على الاختيار الهادئ. ولعل أنجح هذه الأدوية، هي الكلمة الهادئة والشخصية الصابرة المحببة التي تبعث على الثقة وتشيع الأمان»[٥١].

وقد أكدت المواثيق الدولية هذه المبادئ السابقة، ومن ذلك ما نصت عليه «مبادئ حماية الأشخاص المصابين بمرض عقلي وتحسين العناية بالصحة العقلية» - المعتمدة بقرار الجمعية العامة للأمم المتحدة

رقم ١١٩/٤٦ المؤرخ ١٧ ديسمبر سنة ١٩٩١، مما جرت به عبارات المادة الخامسة، والبنود الخمسة الأولى من المادة رقم ١١.

كما أن هذه المبادئ تتفق مع القواعد الأصولية في الفقه الإسلامي التي تقضي بأن التطبب واجب، كما أن التداوي واجب كذلك، وأنه إذا أوجب الشارع شيئاً تضمن ذلك إيجاب ما يتوقف عليه، لأن ما لا يتم الواجب إلا به فهو واجب، وأن الرخصة التي أنشأها المشرع للطبيب والجراح لممارسة عمله على أجسام الناس لا تنقلب إلى حق إلا برضاء المريض، وأن الرضا، بالشيء رضا بما يتولد عنه، وبالتالي فلا يسأل الطبيب عن الضرر الذي يصيب المريض بسبب الدواء الذي يصفه له، مادام الطبيب قد راعى أصول مهنة الطب في عمله[٥٢].

ولا يختلف الأمر عن ذلك في الدراسات القانونية، فقد استقر الفقه والقضاء في أغلب البلاد العربية - بما في ذلك مصر - على أن إباحة العمل الطبي، وإن كانت تستند إلى ترخيص القانون بها، فإن رضاء المريض، وإن لم يكن سبباً لإباحتها، فإنه شرط من شروطها، ذلك لأن القانون إنما يرخص للطبيب في علاج المرضى إن دعوه لذلك، ولا يخوله الحق في إخضاعهم للعلاج رغما عنهم، ومع ذلك فإن هذا الرضا يجوز أن يفترض كما إذا كان المريض في حالة لا تمكنه من التعبير عن إرادته، ولم يكن له من يمثله، ولم يكن في ظروفه ما يحمل على الاعتقاد برفضه العمل الطبي. وأساس هذا الافتراض - في نظر رجال القانون - أن الرغبة في التخلص من المرض أو إنقاذ الحياة، أمر طبيعي عند كل شخص[٥٣].

أما إذا كان المريض عاجزاً عن اتخاذ القرار بسبب عاهة عقله، فإن للنائب عنه أن يتخذ، بدلا عنه، قرار الموافقة على العلاج، وذلك

بحكم ما يمنحه القانون له من ولاية على شخصه. وهذا إنما يكون - أساساً - في حالتين: أولاهما أن يكون المعاق صغيراً، وثبتت الولاية على نفسه بقوة القانون(٥٤)، ولم يبلغ الصغير بعد، أو بلغ واستمرت الولاية عليه بعد البلوغ. ثانيهما أن يكون المعاق قد حجر عليه بحكم القضاء، وعينت المحكمة وليا على نفسه ليتولى شؤونه الشخصية، وفي هذه الحالة يتعين موافقة ولي المال على ما قد يحتاجه العلاج من نفقات.

فإذا رفض الولي علاج المعاق، فإن للنيابة العامة - في مصر - أن ترفع الأمر إلى المحكمة لتأمر بالعلاج إذا رأت في ذلك صالحاً للمشمول بالرعاية، وذلك تطبيقاً لما يقتضيه واجب النيابة العامة في رعاية مصالح عديم الأهلية، وإعمالا لسلطات المحكمة على شؤونه، وفي الرقابة على الأولياء.

فإذا لم يكن للمعاق نائب يتولى اتخاذ قرار العلاج بدلا عنه، فإنه يجوز، في النظام المصري، لأي ذي شأن أن يلجأ للنيابة العامة لترفع الأمر إلى المحكمة المختصة، لتعيين قيم يتولى شؤون عديم الأهلية، ولو لم يكن له مال، وذلك استجابة للضرورة التي تقتضي ذلك، وتطبيقاً للمواد ٩٦٩، ٩٧٢، ٩٨٧ من قانون المرافعات، والمادتين ٧٨، ٨٤ من المرسوم بقانون رقم ١١٩ لسنة ١٩٥٢.

على أنه في الحالات الضرورية العاجلة التي لا تحتمل التأخير، يحق للطبيب أن يتولى العلاج دون توقف على صدور الرضا، وقد أوضح ذلك الدستور الإسلامي للمهن الطبية بما نص عليه من أنه «في الأحوال التي يكون فيها التدخل الطبي أو الجراحي ضرورياً لإنقاذ حياة المريض ولا يسمح الوقت بالتأجيل، فالضرورات تبيح المحظورات وعلى الطبيب أن يتدخل، ولا عليه، مهما كانت النتائج، ما دام قد

أجرى ما توجبه أصول المهنة وبأسلوب سليم، فإن المفسدة في إهدار حياة، تحجُب المصلحة في ترك المريض لرأيه المهلك، ودرء المفاسد مقدم على جلب المصالح، والتوجيه النبوي واضح: «انصر أخاك ظالماً أو مظلوماً، قيل أنصره مظلوماً، فكيف أنصره ظالماً. قال: «بحجزه عن الظلم فإن ذلك نصره».

وقد نص فقهاء الإسلام على استثناء حالة الاستعجال والضرورة من اشتراط رضاء المريض، وأسسوا إجازة ذلك للطبيب على أنه نوع من التعاون على البر والتقوى الذي أمر به الإسلام، بل اعتبر بعضهم عدم قيام الطبيب بالتطبيب في هذه الحالة خطأ يضمنه إذا مات المريض أو يؤدب عليه، لما في ذلك من تركه للواجب[٥٥].

وبمثل ذلك انتهت الدراسات القانونية استناداً إلى المادة ٦١ من قانون العقوبات المصري، والنصوص المماثلة لها في القوانين العربية التي لا تعاقب على الأفعال التي لجأت إليها الضرورة، كما إذا كان هناك خطر جسيم على وشك الوقوع يهدد صحة المريض أو يهدد حياة غيره ولم تكن هناك من سبيل إلى دفعه غير التدخل الطبي.

ذلك كله إذا لم يكن المعاق خاضعاً لاجراءات جنائية بمناسبة اتهامه بارتكاب جناية أو جنحة، ذلك لأن القانون الجنائي في كثير من البلدان العربية ينظم هذه الحالة تنظيما خاصاً، ففي النظام المصري تنص المادة (٣٣٨ إجراءات) على أنه «إذا دعا الأمر إلى فحص حالة المتهم العقلية، يجوز لقاضي التحقيق أو للقاضي الجزئي، كطلب النيابة العامة، أو المحكمة المنظورة أمامها الدعوى، حسب الأحوال، أن يأمر بوضع المتهم، إذا كان محبوساً احتياطياً، تحت الملاحظة في أحد المحال الحكومية المخصصة لذلك، لمدة أو لمدد لا يزيد مجموعها

على خمسة وأربعين يوما، بعد سماع أقوال النيابة العامة والمدافع عن المتهم إن كان له مدافع، ويجوز إذا لم يكن المتهم محبوساً احتياطياً، أن يؤمر بوضعه تحت الملاحظة في أي مكان آخر، كما تنص المادة ٣٣٩ من ذات القانون على أنه «إذا ثبت أن المتهم غير قادر على الدفاع عن نفسه بسبب عاهة في عقله طرأت بعد وقوع الجريمة يوقف رفع الدعوى عليه أو محاكمته حتى يعود إليه رشده. ويجوز في هذه الحالة لقاضي التحقيق أو للقاضي الجزئي كطلب النيابة العامة أو المحكمة المنظورة أمامها الدعوى، إذا كانت الواقعة جناية أو جنحة عقوبتها الحبس، إصدار أمر بحجر المتهم في أحد المحال المعدة للأمراض العقلية إلى أن يتقرر إخلاء سبيله. ونصت المادة ٣٤٢ إجراءات كذلك على أنه «إذا صدر أمر بأن لا وجه لإقامة الدعوى أو حكم ببراءة المتهم، وكان ذلك بسبب عاهة في عقله، تأمر الجهة التي أصدرت الأمر أو الحكم، إذا كانت الواقعة جناية أو جنحة عقوبتها الحبس، بحجز المتهم في أحد المحال المعدة للأمراض العقلية، إلى أن تأمر الجهة التي أصدرت الأمر أو الحكم بالإفراج عنه، وذلك بعد الاطلاع على تقرير مدير المحل، وسماع أقوال النيابة العامة وإجراء ما تراه لازماً للتثبُّت من أن المتهم قد عاد إلى رشده».

ولا ريب أنه ما دام الوضع تحت الملاحظة الطبية أو الحجز في أحد المحال المعدة للأمراض العقلية تَمّ بأمر قضائي ملزم، وقد صدر بسبب إتهام بجريمة جنائية، فإنه لا مجال لخيار المأمور بإيداعه أو ممثله القانوني، في قبول الإيداع أو في الرضا بالعلاج الذي قد يجري في المحل. ومصدر الإلزام في ذلك أن الهدف الأخير من التدبير - ولو كان علاجيا - هو حماية المجتمع من الإجرام، وليس من المنطق أن يكون تحقيق هذه المصلحة مرتهنا بمشيئة فرد، قد لا تلتئم مشيئته مع تلك المصلحة(٥٦).

لا تملك النيابة العامة الإذن بالفحص في غير الحالات الجنائية:

٢٥ - ويتصل بذلك ما قد يُرى اتخاذه - في غير الاتهام الجنائي - من فحص طبي على غير إرادة الشخص المشكوك في إعاقته.

وفي هذا الصدد، يتجه القضاء المصري إلى أنه في غير حالات الضرورة أو الحالات المنصوص عليها في القانون رقم ١٤١ لسنة ١٩٤٤ الخاص بحجز المصابين بأمراض عقلية، فإنه لا يجوز إخضاع الشخص للفحص الطبي، بهدف تقرير ما إذا كان مصابا بمرض عقلي، إلا بناء على أمر تصدره المحكمة المختصة، ولا تملك النيابة العامة إصدار مثل هذا الأمر، مع أنها شعبة أصيلة من شعب السلطة القضائية، وإنما يجب عليها، حين تحقق الحالات - التي يشتبه أن يكون فيها الشخص مصابا بالجنون أو العته - أن تستصدر أمراً بالفحص الطبي من القضاء، ولا تُجريه بنفسها عند الرفض، لما فيه من مساس بالحرية الشخصية في غير الحالات الجنائية التي يجوز فيها ذلك، بقصد حماية المجتمع إزاء خطورة المتهم الإجرامية.

الحق في التعليم والتدريب:

٢٦ - أما الحق في التعليم والتدريب، فتمليه الرغبة في تمكين المعاق من الإسهام في خدمة المجتمع كفرد فيه، والرغبة في إدماجه في الحياة الاجتماعية، بقدر ما تسمح به إعاقته، والرغبة في مساعدته على الشفاء من علته أو تقليل حجم الإعاقة، وذلك كله من خلال برامج متكاملة تشمل الخدمات الاجتماعية، بجانب التثقيف الفكري والمهني.

أما عن تمكين المعاق من خدمة المجتمع؛ فلأن المعاق لديه إمكانات جسدية وغيرها، وهي إمكانات يجب أن نتسامى بها فنوظفها في صالح المجتمع لتؤتي ثمارها المرجوة، فتستقيم الحياة على التضامن

والتكامل والمشاركة في تحمل الأعباء، فالفرد الذي تقعد به استعداداته الطبيعية عن مجاراة الآخرين في الإنتاج، لابد أن يفقد حرصه على المساواة التي يكفلها له القانون (٥٧).

وأما الرغبة في إدماجه في الحياة الاجتماعية، فيوفرها التعليم والتدريب اللذان يساعدان المعاق على تحقيق ذاته، ويزيدان من تكيُّفه الاجتماعي، بعيداً عن الغربة التي قد يعيشها، وبمنأى عن مسببات العقد النفسية التي تورثه العزلة والانطوائية.

أما أثر التعليم والتدريب في الشفاء من الإعاقة أو تخفيف وطأتها، فذلك مما يحققانه عادة من تزكية مواهب المعاق وحث قدراته على النمو، بما يسهم في تحسين مستوى الأداء الاجتماعي والذهني، كما يسهم في إعادة المعاق إلى حالة طيبة بدنياً أو مهنياً أو اجتماعياً، لاسيما إذا اتخذ هذا التعليم أو استخدم ذلك التدريب بديلاً عن الإيداع في المؤسسات العلاجية، تحاشياً لما قد يؤدي إليه طول البقاء في هذه الأماكن من فقدان المهارات الاجتماعية والتعرض لمضاعفات الاضطراب ذاته.

وقد أوضحت التجارب أن بعض المعاقين قد حققوا - بفضل التعليم، قدراً من الاستقلالية والمهارة كان لا يمكن توقعه، كما أن الأبحاث التي أجريت مؤخراً، كشفت عن الفوائد الجمّة التي يُقدمها التعليم، إذا ما أعدت المناهج المناسبة، بما يتفق مع المهارات التي تنمو عند المعاق، وإذا ما تكاتفت الأسرة مع المدرسة قبل سن الدراسة وبعده، وفي أثناء الإقامة الداخلية في المؤسسات القريبة أو في داخل المستشفيات[٥٨].

كما أن التدريب المكثف أثبت أن بالإمكان مساعدة المعاقين والمتخلفين عقلياً على أن يحيوا حياة طبيعية ونافعة بدرجة أكبر، وأن

يتغلبوا على مشاكل الاعتماد على النفس في اللبس والاغتسال والتزين، وأن يقضوا على «سلوك تدمير الذات»[٥٩].

وقد زخرت الدراسات الإسلامية بالحث على التعليم وبيان فوائده في جميع الأحوال، بما يؤكد واجب التعليم بالنسبة للمعاق في نطاق ما تسمح به إعاقته، كما أن القوانين الأساسية في الدول العربية تكفلت بالنص على حق التعليم للكافة، بما لا يدع مجالًا للتراخي في تعليم المعاق وتدريبه.

وبالبناء على ما تقدم جميعه فإن كلًا من التعليم والتدريب يجب أن يُسعى به سعياً حثياً إلى المعاق، وأن يكون على أقصى درجة يمكن أن يستوعبها، مستجيباً لإمكاناته، متطوراً مع حالته، ممتداً إلى مراحل حياته المختلفة، لتحظى كل مرحلة بما يتفق مع متطلباتها، من مناهج خاصة، أو تدريب على مهارات مناسبة، لاسيما وقد أصبح ذلك الآن يدخل بشكل متزايد في نطاق مسؤولية السلطات التعليمية، لا الهيئات الصحيَّة أو هيئات الرعاية الاجتماعية[٦٠].

على أنه، أيا كانت الجهة المسؤولة في الدولة عن توفير التعليم والتدريب، فإن مسؤولية الأسرة تجاه ابنها المعاق، تمثل المسؤولية الأولى في هذا الشأن، ولها في المدارس غير الحكومية، ومراكز التدريب الخاصة، ما يعينها على أن ينال المعاق القسط المناسب تحت رعايتها الدؤوبة، ومتابعتها المتواصلة، كما أن حرصها على تغذيته بالثقافة الدينية كفيل برفع روحه المعنوية، وإكسابه ثقة، وطمأنينة تساعده على أن يتزود من العلم، ويستفيد من التدريب، بغية الوصول إلى التوافق العضوي والنفسي والاجتماعي مع مقتضيات المواقف التي يواجهها.

الحق في الرعاية والمعاملة الكريمة:

٢٧ - أما الحق في الرعاية وفي المعاملة الكريمة، فأساسه الاستجابة إلى أمر الله تعالى بالإحسان في مثل قوله سبحانه ﴿**وأحسن كما أحسن الله إليك**﴾(٦١)، فذل أمر بالزيادة على الواجب دون انتظار لرد الإحسان بمثله، إذ هو شكر على إحسان الله، وعلى نعمه التي أفاء بها على عبده، فضلاً منه وكرماً، ثم هو في الوقت نفسه عمل بمقتضى قول الله تعالى ﴿**ولقد كرمنا بني آدم**﴾(٦٢)، إذ التكريم ليس عطفاً أو مواساة للمعاق يشعرانه بعجزه ويذكِّرانه بإعاقته، وإنما هو احترام وحُب نابع من الإيمان بالله، مالك الملك الذي يؤتي الملك من يشاء وينزع الملك ممن يشاء ويعز من يشاء ويذل من يشاء. وهو اقتداء بالآداب الإسلامية التي نزل في شأنها قرآن يتلى، يوم أن عبس الرسول ﷺ في وجه الأعمى - ابن أم مكتوم - وأقبل على غيره من سادة القوم فقال سبحانه ﴿**عبسى وتولى. أن جاءه الأعمى. وما يدريك لعله يَزَكَّي. أو يذكر فتنفعه الذكرى. أما من استغنى. فأنت له تصدى. وما عليك ألا يزكى. وأما من جاءك يسعى. وهو يخشى. فأنت عنه تلهى**﴾(٦٣).

بل أن الإسلام لا يكتفي في المعاملة الكريمة بالإحسان الظاهري، وإنما يطلب أن يكون ذلك عن وجدان صادق وابتغاء مرضاة الله وحده، وإلا ذهب هذا الإحسان هباء، وكان المحسن كالصائم الذي ليس له من صيامه إلا الجوع والعطش، وإلى ذلك ترشدنا الآيتان الكريمتان: ﴿**قول معروف ومغفرة خير من صدقة يتبعها أذى والله غني حليمو يا أيها الذين آمنوا لا تبطلوا صدقاتكم بالمن والأذى كالذي ينفق ماله رئاء الناس**﴾(٦٤). وتعلمنا آية أخرى احترام الآخرين مهما بدا من حالهم ما قد يستدرج إلى السخرية بهم فتقول ﴿**يا أيها الذين آمنوا لا يسخر قوم من قوم عسى أن يكونوا خيراً منهم ولا نساء من نساء عسى أن يكن خيراً منهن**﴾(٦٥).

ولم تنس المواثيق الدولية أن تؤكد ما شرعه الإسلام منذ قرون فنصت مبادئ حماية الأشخاص المصابين بمرض عقلي - السابق الإشارة إليها - في صدر موادها على وجوب معاملة جميع الأشخاص المصابين بمرض عقلي أو الذين يعالجون بهذه الصفة معاملة إنسانية مع احترام ما للإنسان من كرامة أصيلة.

وتطبيقاً لذلك فإن للمعاق الحق على أفراد أسرته بأن لا ينفروا منه أو يشعروه بأن وجوده بينهم أمر مخجل، وأن لا يحرموه من الاختلاط بالناس أو يدأبوا على تسفيه رأيه أو إذلاله بإعاقته، وأن يقووا فيه الإيمان بأن في استطاعته أن يتغلب على الأمر العارض له إن هو اتبع إرشادات الأطباء والمختصين، مهما بدا العالج مراً أو طويلاً.

وللمعاق الحق كذلك على أسرته - في حدود المستطاع - أن تساعده على ممارسة نشاطه الرياضي وهواياته المفيدة، وأن تشعره بذا[illegible] عن طريق تخصيص مسكن مستقل ملائم له، فإن حالت إعاقته دون ذلك، فعليها أن تسعى إلى أن يظل بينهم يلمس حنوهم وحبهم، أو [illegible] يكون في مؤسسة قريبة منهم، حتى يتيسر لهم التردد عليه وضمه إليهم وإعادته إلى أحضانهم الدافئة بمجرد زوال العارض الذي انتابه.

وللمعاق الحق في حمايته من أذى الآخرين له، فإن تعدى عليه أحد، فعلى وليه أن يطلب تعويضه عما لحقه من ضرر، أو بطلب القَودَ له إن أصابه الأذى في مقتل، على نحو ما تشير إليه الآية الكريمة **﴿ومن قتل مظلوماً فقد جعلنا لوليه سلطانا فلا يسرف في القتل﴾**(٦٦).

عدم جواز تأديب عديم التمييز أو حجزه لغير ضرورة:

٢٨ - على أن حق المعاق في الحماية لا ينصب فقط على حقه في حمايته من الآخرين، وإنما يتناول كذلك حماية الآخرين منه إذا

اقتضى الحال، بكل الوسائل الإنسانية المتاحة، على أنه إن تعدى - رغم ذلك على غيره فليس لأحد عليه حق التأديب، الذي للأولياء على الصغير، لأن انعدام التمييز لديه يجعل التأديب غير مجد، فيكون تعذيباً، وذلك غير جائز ولا تُسيغه الرحمة والإنسانية.

ومع ذلك فإنه يجوز - إذا خيف الاعتداء منه - أن «يحجز في أماكن بعيدة عن أن ينال الناس بالأذى أو ينالوه أو يثيروه، فإنه لا يؤمن بقاؤه بين الناس، وذلك من الحسبة الإسلامية»[٦٧].

غير أن هذا الحجز في تلك الأماكن لا يجوز أن يكون معه تقييد جسدي أو عزل داخل المؤسسة التي يتم فيها، إلا إذا قطع المختصون بأن هذا هو الوسيلة الوحيدة المتاحة للحيلولة دون وقوع ضرر فوري أو وشيك الوقوع، للمريض أو للآخرين، ويجب أن لا يمتد هذا الإجراء إلى ما بعد الفترة الضرورية تماما لتحقيق هذا الغرض وذلك وفق ما تنص عليه صراحة مبادئ حماية الأشخاص المصابين بمرض عقلي في المادة ١١/١١ منها.

أثر الجنون على الزواج وعلى استمراره:

٢٩ - ومن الحقوق التي يُستشار فيها المختصون - أيضاً - أمر تزويج المعاق، ذلك لأن للمعاق الحق في الزواج إذا كانت إعاقته تسمح بذلك وترشحه لتحمل المسؤولية الأسرية، بل إن الزواج قد يكون أحياناً من وسائل العلاج الناجحة، وليس تمام العقل شرطاً في الإسلام لإنشاء الزواج عند رضا الطرف الآخر، إذا تم عن طريق من يملك التعبير عن المجنون[٦٨].

أما جواز التفريق في الزواج القائم بسبب الجنون فهو محل خلاف بين فقهاء الشريعة الإسلامية، فيرى الظاهرية، والشيخان أبو حنيفة وأبو

يوسف عدم جواز التفريق لعيب الجنون، ويرى محمد بن الحسن أنه يجوز للمرأة أن تطلب التفريق لجنون زوجها، ولا يجوز ذلك للرجل، ويرى جمهور المالكية والشافعية والحنابلة أنه يجوز لأي من الزوجين طلب التفريق لجنون الزوج الآخر، مع خلاف بينهم في بعض التفصيلات.

وقد أخذ القانون المصري رقم ٢٥ لسنة ١٩٢٠ بحق الزوجة في طلب التفريق لجنون زوجها، فنص في المادة التاسعة منه على أن «للزوجة أن تطلب التفريق بينها وبين زوجها إذا وجدت عيباً مستحكما لا يمكن البرء منه، أو يمكن بعد زمن طويل، ولا يمكنها المقام معه إلا بتضرر، كالجنون والجذام والبرص، سواء أكان ذلك العيب بالزوج قبل العقد ولم تعلم به، أم حدث بعد العقد ولم ترض به، فإن تزوجته عالمة بالعيب أو حدث العيب بعد العقد ورضيت به صراحة أو دلالة بعد علمها فلا يجوز التفريق»، كما نص في المادة الحادية عشرة من ذات القانون على أنه «يستعان بأهل الخبرة في العيوب التي يطلب فسخ الزواج من أجلها».

وبذلك يكون المعمول به في النظام المصري حالياً أنه يجوز للزوجة طلب التفريق لجنون زوجها بالشروط المشار إليها في القانون، وهي شروط عسيرة لاسيما مع التقدم الطبي والنفسي المعاصر الذي قد يتعذر معه تصور وجود المرض المستحكم الذي لا يمكن البرء منه، أما الزوج، فإنه إزاء عدم تنظيم القانون لحقه في طلب التفريق لجنون زوجته، فإنه يجب الرجوع في شأنه إلى الرأي الراجح في مذهب أبي حنيفة عملا بالمادة ٢٨٠ من لائحة ترتيب المحاكم الشرعية، وهذا الرأي هو عدم جواز الفسخ أو التفريق في هذه الحالة[٦٩]..

* * *

ذلك قبس من رعاية الشريعة الإسلامية للمعاقين عقلياً أو نفسياً، وهذا هو موقف القانون المصري في شأن هذه الرعاية، وهو موقف يحتاج إلى تدعيم تشريعي يلتقي مع اتجاهات الشريعة الغراء، ويواكب تطورات العصر، ويزكي ما استحدث في النظام القانوني المصري بالقانون رقم ٣٩ لسنة ١٩٧٥ بشأن تأهيل المعوقين المعدل بالقانون رقم ٤٩ لسنة ١٩٨٢ في ١٩٨٢/٦/٢٦، وينظم بصورة أوفى التصرفات الإدارية مع المعاقين عقلياً الصادر بشأن جانب منها القانون رقم ١٤١ لسنة ١٩٤٤ الخاص بحجز المصابين بأمراض عقلية.

* * *

نسأل الله تعالى أن يجعلنا من الذين ينطبق عليهم قوله سبحانه ﴿**الذين يستمعون القول فيتبعون أحسنه أولئك الذين هداهم الله وأولئك هم أولو الألباب**﴾(٧٠).

والحمد لله رب العالمين...

وصلى الله على سيدنا محمد خاتم الأنبياء والمرسلين وعلى آله وصحبه وسلم.

خلاصة البحث

١ - يسعى هذا البحث إلى أمرين أساسيين:

أولهما: بيان بالمعاقين المعنيين به، مع إيضاح أحكامهم الشرعية والقانونية في شأن الأهلية الجنائية والمدنية.

ثانيهما: الإشارة إلى أهم الحقوق التي تتعلق بشخص المعاق، وعلى الأخص ما يتصل منها بالعلاج، والتعليم والتدريب، والرعاية والمعاملة الكريمة.

ويتخذ هذا البحث من النظام القانوني المصري مثالاً لما درجت عليه التشريعات العربية، بزعم أنها لا تكاد تختلف عنه إلا في بعض القواعد التفصيلية.

٢ - وفيما يتعلق بالأهلية الجنائية، أوضح البحث أن الشريعة الإسلامية تجعل من العقل أساساً لهذه الأهلية، لأن خطاب التكليف لا يتوجه لغير العاقل، بخلاف خطاب الوضع، فإنه لا يشترط في المخاطب به أن يكون عاقلاً، إذ الجزاء في الوقائع المادية يترتب بقوة الشرع، ولو كان فاعلها مجنوناً.

على أن توافر الأهلية لا يكفي وحده لقيام المسؤولية الجنائية، إذ يجب - فوق هذا - أن يكون الجاني مدركاً مختاراً للفعل الذي اقترفه، فإذا لم يكن كذلك، فلا تُوقع عليه العقوبة، وإن كان ذلك لا يحول دون حماية المجتمع بالوسائل المناسبة، ولو كان فيها مساس بحرية مرتكب الجريمة، كأن يُوضع في ملجأ، لا يغادره إلا إذا أمن شره أو صلح حاله.

ولا تخرج القوانين الجنائية العربية عن اتجاه الشريعة هذا، فالقانون المصري - مثلاً - ينص في المادة ٦٢ عقوبات على أنه «لا عقاب على من يكون فاقد الشعور (أي فاقداً لقوة الإدراك) أو الاختيار في عمله وقت ارتكابه الفعل إما لجنون، أو عاهة في العقل، وإما لغيبوبة ناشئة عن عقاقير مخدرة، أياً كان نوعها، إذا أخذها قهراً عنه أو على غير علم منه».

وواضح من هذا النص أن القانون لا يحصر عوارض الأهلية في عدد محدد، وإنما يوردها - الفقه الإسلامي - على سبيل المثال، فيذكر منها الجنون، وعاهة العقل، والغيبوبة الناشئة عن تناول العقاقير المخدرة.

ثم إن القانون لا يذكر - في هذا النص ولا في غيره - معنى محدداً لمصطلح الجنون أو عاهة العقل، أو مصطلح العته الذي إستعمله في مواضع أخرى، الأمر الذي ترك مجالاً كبيراً لاختلاف الشراح في تعريف هذه المصطلحات، تماماً كما وقع في الفقه الإسلامي، وإن كان ذلك لم يُخَلِّف مشاكل عملية لها أهميتها.

أما رجال الطب النفسي فإنه يرون أن مصطلح «الجنون» تعبير غير دقيق عن «الذُهان» أو الاضطرابات الذُهانية، ولا يرون في التأخر العقلي أنه نوع من الجنون، ويوسعون في دائرة الأمرض التي تُحدث عاهة في العقل، فيُذخلون فيها بعض الأمراض النفسية التي تفقد الاختيار أو الإدراك، كما في «العُصاب» الذي ليس في الأصل مرضاً عقلياً، إلا أنه يؤدي في بعض حالاته إلى منع المريض العصابي من سلامة الإدراك والاستبصار.

٣ - على أن اتفاق الدراسات القانونية مع الفقه الإسلامي في

الاتجاه بشأن الأهلية الجنائية والمسؤولية الجنائية، لا يعني اتفاقهما الكامل في التفصيلات:

أ - فالشريعة، في بساطة رَبْطها بين الأهلية والعقل، تعتبر فقد العقل مؤدياً إلى رفع التكليف، بما يحمل - في الجملة - انتفاء معنى الجريمة الجنائية بالنموذج الذي يُحاسَب عنه الأسوياء في الظروف العادية، أما في القانون فإن ذلك قد يؤدي إلى امتناع المسؤولية أو امتناع العقاب، مع توافر أركان الجريمة، الأمر الذي يخلق اضطراباً في الفكرة القانونية، حين يضطر القانون إلى استعمال تعبير «البراءة» لوجود عاهة في العقل، فيستعمله، مع أن ذلك يختلف مع مفترضاته.

ب - ومن ناحية أخرى فإن الفقه الإسلامي لا يعرف أنصاف المجانين، أما القانون فإن شراحه يقولون إنه يعرف «المجرمين الشواذ» أو أشباه المجانين، الذين يحتفظون بقدر محدد من الإدراك والاختيار، يجعلهم في منطقة وسطى بين المسؤولية وعدمها، وينادون بوجوب إدخال تعديل تشريعي يسمح بمعاملة هذا النوع معاملة خاصة.

جـ - ومن ناحية ثالثة فإن الفقه الإسلامي يُحمل المجنون في ماله أو مال عاقلته تعويض ما يحدثه بأفعاله غير المشروعة، أما في الدراسات القانونية، فإن المسؤول عن جبر أضرار هذه الأفعال هو المسؤول عن ملاحظة المجنون ومراقبته، فإذا أدى التعويض، فلا يرجع به على مال المجنون، لأن مسؤوليته مسؤولية أصيلة مستقلة أساسها خطأ مفترض، ولا محل لمسؤولية عديم التمييز، إلا إذا لم يكن هناك مسؤول عنه، أو تعذر الحصول على تعويض من المسؤول عنه.

٤ - ذلك عن الجنون حين يقترن بالفعل الجنائي، أمّا إذا طرأ بعده، فإن من الفقهاء الإسلاميين من يرى وقف المحاكمة، لأن استمرارها يتطلب تكامل الإدراك، وبعضهم يرى المضي فيها، اعتماداً

على ما كفلته الشريعة للمتهم من ضمانات. أما التنفيذ فإن البعض منهم يمنعه، لأنه يُشترط لإقامته أن يكون من أهل الاعتبار، بينما يرى آخرون المضي فيه لأن حكم جناية الجاني لازم لا يسقطه عنه ذهاب عقله، ويَخُص فريق آخر الحدود والقصاص بأحكام خاصة، ففي الحد لا ينفذ الحكم إذا كان قد ثبت بإقرار الجاني، لاحتمال رجوعه عن هذا الإقرار، وفي القصاص، إذا جُنَّ قبل أن يُسَلَّم للتنفيذ، ينقلب القصاص ديةً في ماله، لتمكن الخلل من الوجوب.

أما في القانون المصري، فإنه إذا جُن الجاني بعد الجريمة، فإن الإجراءات الناشئة عن الجريمة التي تتخذ في مواجهته ويُفترض إسهامه فيها أو تأثره بها على نحو معين يحدده القانون، لا تنتج أثرها إذا كان المتهم فاقداً رشده، ويتعين لذلك ارجاؤها: فتوقف المحاكمة، ويرجأ تنفيذ العقوبات الماسة بالحرية المحكوم بها، وإن كان ذلك لا يحول دون حجز المتهم أو المحكوم عليه، في أحد المحال المعدّة للأمراض العقلية، إلى أن يعود إليه رشده.

٥ - ذلك كله عن الأهلية الجنائية، أما الأهلية في التصرفات القانونية، فترتبط - في الشريعة والقانون - بأهلية الأداء التي مناطها التمييز، وهو أمر قد ينعدم تماماً، كما في الجنون، وقد ينقص، كما في بعض حالات العته، وقد لا يكون اختلاله ناشئاً عن مرض عقلي، وإنما عن خلل ببعض الملكات الضابطة في النفس، كما في السَّفه والغفلة، ومن ثم فإن الأهلية تنعدم أو تنقص تبعاً لانعدام التمييز أو نقصه.

٦ - على أن هذا الارتباط بين الأهلية والتمييز وإن استلزم في رأي كثيرين من رجال الفقه الإسلامي صدور قرار بالحجر في حالة السفه والغفلة؛ لأن كليهما يقوم على أمر تقديري تختلف الأراء في

تصويره؛ فيحتاج إلى قضاء يثبت الولاية في حال الجنون والعته - في رأي جميع الفقهاء من وقت تحقق الجنون أو العته، ويزيلها من وقت تحقق زوالهما، لأن كلًّا منهما واقعة ثابتة يمكن معرفة زمان وجودها وزمان زوالها.

أما في القانون المصري، فإن الجنون والعته، كالسفه والغفلة، لا يثبت أيهما ولا يرتفع إلا بحكم من القضاء، وما صدر من تصرفات قبل تسجيل قرار الحجر أو تسجيل طلبه، يكون صحيحاً، إلا إذا كانت حالة الجنون أو العته شائعة وقت التعاقد، أو كان الطرف الآخر على بينة منها.

وبذلك يكون هذا القانون قد خرج على إجماع الفقه الإسلامي، غير أن هذا الخروج مُبَرَّر في نظر بعض العلماء، أخذاً بقاعد استصحاب الحال، أو ما يشهد به الظاهر.

٧ - ومع ذلك فإنه قد يكون من المفيد ملاحظة الأمور الآتية:

أولاً: أن اعتبار الحجر للجنون أو العته لا يقع ولا يرتفع إلا بحكم قضائي، إنما يقتصر في تطبيقه على ما يتصل بالتصرفات القانونية، أما في المسائل الجنائية، فإن قرار الحجر، وإن كان يمكن الاستئناس به. إلا أنه لا يلزم القاضي الجنائي بشيء، ويستطيع أن ينتهي إلى وجود الجنون أو العته قبل نفاذ قرار الحجر، أو بعد رفعه.

ثانياً: أنه يجب في نظرنا إطلاق يد خبير الطب النفسي في بحث الحالة، ليتناول التحقق من مدى توافر الأهلية الجنائية ذاتها، وذلك بوصف أن هذه الأهلية إنما تقوم على ظواهر طبيعية تعلن عن وجودها أو انعدامها، وليست ظاهرة قانونية، لا يحق للقاضي أن يَكِل أمرها إلى غيره.

كما يجب في نظرنا كذلك، أن تُطلق يد الخبير ليخرج في فحصه عن دائرة المسببات الضيقة للمرض العقلي أو عاهة العقل، إلى دائرة الأمراض النفسية التي وإن بدت في الظاهرلا تخل بالتمييز أو الإرادة الحرّة، فإنها في واقع الأمر قد تصيب القوى الذهنية باختلال غير ظاهر، يستتبع الحكم بامتناع العقاب، لدخولها تحت عموم معنى عاهة العقل المنصوص عليها في المادة (٦٢ عقوبات مصري).

ثالثاً: أنه لا يحق، في تقديرنا، اعتبار اضطراب الإدراك والتفكير هو المعيار الوحيد للدلالة على إصابة المتهم بالمرض العقلي المعفي من المسؤولية الجنائية، على نحو ما تنتهجه بعض النظم القضائية منذ القرن السابع عشر وحتى الآن، (كما في إنجلترا)، وذلك لأن النشاط الإنساني لا يقتصر على الجانب المعرفي المتضمن للإدراك والتفكير والذاكرة ونحوها، وإنما يمتد إلى الجانب الوجداني والجانب السلوكي، ويؤثّر المرض العقلي على الجوانب الثلاثة، ولو بدرجات متفاوتة، وبالتالي فإنه ليس من الصواب أن تُقدر مسؤولية الجاني على أساس وجود أو عدم وجود اضطراب في أحد جوانب النشاط النفسي دون غيره.

رابعاً: إنه ينبغي - في رأينا - أن يتضمن التشريع ما يوفر للقضاء مرونة أكبر، فيما يصدره من أحكام تتصل بالإعاقة، وأن توضع له قواعد لمتابعة أكثر جدية، لحالة الشخص المعاق.

كما ينبغي - أيضاً - أن يتضمن التشريع نظاماً فعالاً لرقابة أولياء النفس، فلا نركن في هذا الشأن إلى نصوص فضفاضة، قد لا تجد صدىً حقيقياً في التطبيق.

٨ - هذا كله عن بيان المعاقين المعنيين في هذا البحث، والأحكام المتعلقة بأهليتهم الجنائية والمدنية.

أما عن الحقوق المتصلة بشخصهم، فإنها تجمل أساساً في الحق في العلاج، والحق في التعليم والتدريب، والحق في الرعاية والمعاملة الكريمة.

٩ - أما الحق في العلاج فيفرضه كون المعاق مريضاً بمرض قابل للشفاء عادة، وفق ما تكشَّف عنه التقدم الطبي المذهل في العلوم الطبية والنفسية.

فإذا كان المرض لا يمس إرادة المريض، فلابُد من موافقته على العلاج، بعد أن يُحاط علماً بالمعلومات اللازمة لاتخاذ قراره. فإن كان المعاق عاجزاً عن اتخاذ هذا القرار، فإن للنائب عنه أن يتخذه بدلاً عنه، وذلك كله في غير حالات الضرورة العاجلة التي يحق فيها مباشرة العلاج دون توقف على الرضا.

وقد استقرت المبادئ سالفة البيان في الدراسات الأصولية الإسلامية، وفي الدراسات القانونية، وصدرت بها المواثيق الدولية، كما صدر بها كذلك الدستور الإسلامي للمهن الطبية، عن المنظمة العالمية للطب الإسلامي في مؤتمرها الأول بالكويت.

غير أن هذه المبادئ شرطها الأساسي أن يكون المعاق غير خاضع لاجراءات جنائية بمناسبة اتهامه بارتكاب جناية أو جنحة، إذ في هذه الحالة يخضع المعاق لنظم خاصة، تتضمنها عادة قوانين الإجراءات الجنائية في البلاد العربية، ومنها القانون المصري الذي ينظمها على الأخص في المواد (٣٣٨، ٣٣٩، ٣٤٢ إجراءات)، وذلك فيما ينص عليه من نظام الوضع تحت الملاحظة الطبية أو الحجز في أحد المحلات المعدّة للأمراض العقلية، بما لا مجال معه للمأمور بإيداعه أو ممثله القانوني لأي خيار في قبول الإيداع أو في الرضا بالعلاج الذي قد يجري في المحل، وذلك لأن الهدف الأخير من التدبير - ولو كان

علاجياً - هو حماية المجتمع من الإجرام، وليس من المنطق أن يكون تحقيق هذه المصلحة رهناً بمشيئة فردٍ، قد لا تلتئم مشيئته مع تلك المصلحة.

وأما فيما يتصل مما قد يُرى اتخاذه من فحص طبي على غير إرادة اشخص المشكوك في إعاقته، فإن القضاء المصري يتجه إلى أنه، في غير حالات الضرورة أو الحالات المنصوص عليها في القانون رقم ١٤١ لسنة ١٩٤٤ الخاص بحجز المصابين بأمراض عقلية، فإنه لا يجوز إخضاع الشخص للفحص الطبي، بهدف تقرير ما إذا كان مصاباً بمرض عقلي، إلا بناء على أمر تصدره المحكمة المختصة، أما النيابة العامة، فمع أنها شعبةٌ أصيلة من شعب السلطة القضائية فإنها لا تملك إصدار مثل هذا الأمر وعليها - حين تحقق الحالات التي يشتبه أن يكون فيها الشخص مصاباً بالجنون أو العته - أن تستصدر أمراً بالفحص الطبي من القضاء، ولا تجريه بنفسها عند الرفض، لما فيه من مساس بالحرية الشخصية في غير الحالات الجنائية التي يجوز فيها ذلك حماية للمجتمع إزاء خطورة المتهم الإجرامية.

١٠ - أما الحق في التعليم والتدريب، فإن الإسلام يحض عليه، والقوانين الأساسية في البلاد العربية تأمر به، والمواثيق الدولية تنادي به، وذلك لأن هذا الحق تُمليه الرغبة في تمكين المعاق من الإسهام في خدمة المجتمع كفرد فيه، والرغبة في إدماجه في الحياة الاجتماعية بقدر ما تسمح به إعاقته، والرغبة في مساعدته على الشفاء من علّته أو تقليل حجم الإعاقة عنده، وذلك كله من خلال برامج متكاملة، تشمل الخدمات الاجتماعية بجانب التثقيف الفكري والمهني.

وقد كشفت التجارب عن الفوائد الجمّة التي يمكن أن تُجنى من التعليم والتدريب إذا ما أُعدت المناهج المناسبة المتطورة بما يتفق مع

المهارات التي تنمو عند المعاق، وإذا ما تكاتفت الأسرة مع المجتمع في تشجيع المعاق على أن ينهل من هذا المنهل سواء أكانت الدولة هي التي توفره، أم كانت المدارس غير الحكومية ومراكز التدريب الخاصة هي التي تقدمه، فالأسرة هي المسؤولة الأولى في هذا الشأن، وعليها العبء الأكبر، وعلى الأخص فيما يتصل بالتثقيف الديني الذي يرفع روحه المعنوية ويساعده على أن يستفيد من التعليم والتدريب ليصل إلى التوافق العضوي والنفسي والاجتماعي مع مقتضيات المواقف التي يواجهها.

١١ - أما الحق في الرعاية والمعاملة الكريمة، فهو من الإحسان الذي أمر به الله سبحانه ومن التكريم الذي خص به بني آدم، ومن الآداب الإسلامية التي نزل بها قرآن يتلى، لم يقتصر على القواعد الكلية، وإنما تناول تفصيلات في كيفية معاملة أصحاب العاهات، وعدم السخرية بهم أو بغيرهم، وعدم المنّ بالفضل لأنه يبطل الطيبات من الأعمال.

على أن وجوب المعاملة الكريمة، لا يتنافى مع اتخاذ إجراءات قد تبدو قاسية لما فيها من تقييد لحرية المعاق، كحجزه في مكان خاص أو منعه من التجوال، أو إبعاده عن الناس، فتلك أمور قد توجبها ضرورة حماية المعاق أو حماية الناس منه أو علاجه، وكل ما في الأمر أنه يجب أن يُستشار في ذلك المتخصصون ليقطعوا بأن هذا الإجراء أو ذاك هو الوسيلة الوحيدة المتاحة للحيلولة دون وقوع ضرر فوري أووشيك الوقوع للمريض أو لغيره، كما يجب أن يكون هذا الإجراء في حدود ما تقضي به الضرورة، قدراً وزماناً.

١٢ - ومن الأمور التي يستشار فيها المختصون كذلك، **أمر تزويج المعاق عقلياً**، ذلك لأن لهذا المعاق الحق في الزواج إذا كانت

إعاقته تسمح بذلك وترشحه لتحمل المسؤولية الأسرية، وقد حثت على ذلك الشريعة الإسلامية ولم تجعل الجنون عيباً عند إنشاء الزواج، إذا رضي به الطرف الآخر صراحة أو ضمناً.

أما فسخ الزواج القائم لجنون أحد أطرافه، فهو محل خلاف بين فقهاء الشريعة الغراء؛ فمنهم من لم يجزه مطلقاً، ومنهم من أجازه للزوجة دون الزوج، أما الأكثرون، فقد أجازوه لكل من الزوجين إذا لم يكن قد رضي به صراحة أو دلالة، وكان في استمرار الارتباط بالمجنون ضرر لا يستطاع معه دوام العشرة.

وقد أخذ القانون المصري رقم ٢٥ لسنة ١٩٢٠ بحق الزوجة في طلب التفريق لجنون الزوج، إذا كان لا يمكن البرء منه، وهو أمر عسير، أو كان يمكن البرء ولكن بعد زمن طويل ولا يمكنها المقام معه إلا بتضرر، وكل ذلك ما لم ترض به صراحة أو دلالة. أما الزوج فلا يجوز له طلب التفريق أو الفسخ قضاءً لجنون زوجته، وفي استطاعته أن يُقْدِم على الطلاق إذا كان يرى ذلك ضرراً لا يستطيع احتماله، وكانت مروءته تُسيغ له هذا.

الهوامش

(١) الدكتور كمال إبراهيم مرسي - المدخل إلى علم الصحة النفسية - دار القلم للنشر والتوزيع بالكويت سنة ١٩٨٨ ص ١٦٥ وما بعدها والمراجع المشار إليها فيه.

(٢) سورة الأعراف - من الآية رقم ١٥٧.

(٣) يصف الإمام الأكبر الراحل الشيخ جاد الحق علي جاد الحق، رحمه الله، العلاقة بين العقل والشرع بأنها علاقة تكامل، بمقولة أن المنطق يقضي بأن الشرع الذي جاء به القرآن يحتاج إلى عقل يفهمه وذلك كما جاء في كتابه: بحوث وفتاوى إسلامية في قضايا معاصرة - الجزء الثالث ص ٢٩٧.

(٤) الدكتور عبدالرحمن العيسوي - الإسلام والعلاج النفسي الحديث - دار النهضة العربية للطباعة والنشر بيروت ص ١٣٩.

(٥) سورة النحل - من الآية رقم ٤٤.

(٦) الدكتور عبدالستار أبو غدّة - بحوث في الفقه الطبي والصحة النفسية من منظور إسلامي - الطبعة الأولى سنة ١٩٩١ ص ٢٢٢.

(٧) سورة المائدة - الآية رقم ٩٣.

(٨) سورة القصص - الآية رقم ٧٧.

(٩) سورة النور - من الآية رقم ٦١.

(١٠) يقول الله تعالى في الآية رقم ٥٦ من سورة الذاريات ﴿وما خلقت الجن والإنس إلا ليعبدون﴾.

(١١) سورة النساء - من الآية رقم ١٦٥.

(١٢) سيف الدين الآمدي - الإحكام في أصول الأحكام - دار الكتب العلمية بيروت سنة ١٩٨٥ - الجزء الأول ص ١٢٩/ ١٣٠.

(١٣) كشف الأسرار على أصول البزدوي - دار الكتاب العربي - الجزء الرابع ص ٢٦٣.

(١٤) التعبير «بالعقل الغريزي» من اصطلاحات المالكية والشافعية، أما التعبير «بالعقل الملكة» فهو من اصطلاحات الأحناف.

(١٥) الدكتور عبدالرازق السنهوري - الوسيط - الطبعة الأولى الجزء الأول ص٩٥.

(١٦) الأستاذ عبدالقادر عودة - التشريع الجنائي الإسلامي - دار الطباعة الحديثة - الجزء الأول ص ٣٨٦، ٣٩١.

(١٧) الأستاذ عبدالقادر عودة - المرجع السابق ص ٣٨٩، ٣٩١.

(١٨) حكم الهيئة العامة للمواد الجنائية في أول يناير سنة ١٩٦٣ المنشور في مجموعة أحكام محكمة النقض الجنائي سنة ١٤ رقم ١ ص٢.

(١٩) تيسير التحرير - طبعة مصطفى البابي الحلبي سنة ١٣٥٠هـ الجزء الثاني ص٤٢٠ - كشف

الأسرار للبزدوي - مرجع سابق جـ٤ ص ٢٦٣ - حاشية رد المحتار على الدر المختار دار الفكر سنة ١٩٧٩ الطبعة الثانية جـ٦ ص ١٤٤ - الإمام محمد أبو زهرة - الجريمة والعقوبة في الفقه الإسلامي - دار الفكر العربي سنة ١٩٧٦ ص ٤٢٦.

(٢٠) الإمام محمد أبو زهرة - الولاية على النفس - دار الفكر العربي - ص ٦٦.

(٢١) الأستاذ عبدالقادر عودة - مرجع سابق ص ٥٨٧ وما بعدها.

(٢٢) الدكتور كامل السعيد - الجنون أو الاضطراب العقلي وأثره في المسؤولية الجنائية - طبعة أولى سة ١٩٨٧/٨٦ - ص ١٧.

(٢٣) الدكتور محمود نجيب حسني - شرح قانون العقوبات القسم العام - الطبعة الرابعة سنة ١٩٧٧ - ص ٥٤٩.

(٢٤) الدكتور محمود نجيب حسني - المجرمون الشواذ - دار النهضة العربية سنة ١٩٦٤ - ص٤٧ وما بعدها.

(٢٥) يعرف الفقه الإسلامي نوعاً من الجنون يسمونه «جنون المسّ» وقد امتلأت كتب القانون قديماً بما يتضمن عدم التسليم بوقوع مثل ذلك، واعتبار من يدعي هذا المسّ كامل الأهلية مدركاً مختاراً أو واقعاً تحت سيطرة «خرافات» - إلا أن بعض الكتب الحديثة قطعت بوقوع هذا المسّ أو الاستحواذ، وأفردته بأحكام خاصة. ومن ذلك ما كتبه الدكتور رؤوف عبيد في كتابه مبادئ القسم العام - طبعة دار الفكر العربي سنة ١٩٦٤ ص ٣٢٧.

(٢٦) الدكتور علي راشد - القانون الجنائي - مطبعة المدني - طبعة أولى سنة ١٩٧٠ ص ٣٧٨.

(٢٧) الدكتور محمد شحاته ربيع، والدكتور جمعة سيد يوسف، والدكتور معتز سيد عبدالله، علم النفس الجنائي، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع سنة ١٩٩٥ ص ٤٠٢ وما بعدها وعلى الأخص الصفحات ٤١١، ٤١٢، ٤١٧، ٤١٨، ٤٢٠.

(٢٨) الدكتور محمد شحاته ربيع وآخرين المرجع سابق ص ٣٩٥، ٤٠١.

(٢٩) الأستاذ محمد فتحي - علم النفس الجنائي علماً وعملاً - لجنة التأليف والترجمة والنشر سنة ١٩٤٣ ص ٢٩٢ - وقارن ما ا نتهت إليه محكمة النقض المصرية من أن المرض النفسي لا يقوم به مانع المسؤولية (نقض جنائي ١٦/١٠/١٩٦٢ ص١٣ رقم ١٥٩ ص ٦٤٠، ١٧/١٢/١٩٧٢ س٢٣ رقم ٣١١ ص ١٣٨٢ -) وأن مسؤولية المتهم لا تنتهي بمجرد دفعة بعدم سلامة إرادته وإدراكه، وإنما يتعين أن يكون مرجع ذلك إلى جنون أو عاهة العقل (- نقض جنائي ١٢/١٢/١٩٦٦ س١٧ رقم ٢٢٧ ص ١٢٤٢).

(٣٠) قارن الأستاذ عبدالقادر عودة - المرجع السابق ص ٥٩٣.

(٣١) الدتور كامل السعيد - الجنون أو الاضطراب العقلي - مرجع سابق ص٢٣.

(٣٢) الدكتور محمود نجيب حسني - المجرمون الشواذ - مرجع سابق ص١/ ٢ والدكتور حسن المصفاوي - مسؤولية الشواذ جنائيا - مقال في المجلة الجنائية القومية - المجلد الرابع - العدد الثالث نوفمبر سنة ١٩٦١ ص ٣٤٥ وما بعدها.

(٣٣) الدكتور محمود سامي قرني - النظرية العامة للتدابير الاحترازية، رسالة دكتوراه سنة ١٩٨٩ - مطابع الدار البيضاء ص ٦٥.

(٣٤) ابن قدامة - المغني والشرح الكبير - دار الكتاب العربي للنشر والتوزيع سنة ١٩٨٣ - الجزء التاسع ص ٣٧٥ - المرداوي - الإنصاف في معرفة الراجح من الخلاف - مؤسسة التاريخ العربية ودار إحياء التراث العربي - الجزء التاسع ص ٤٤٨ - الأستاذ عبدالقادر عودة - مرجع سابق ص ٥٩٤.

(٣٥) نص القانون المدني المصري على مسؤولية عديم التمييز والمسؤول عنه في المادة ١٦٤/ ٢، والمادة ١٧٣/ ١، ٢ - وقد أشار الدكتور عبدالرازق السنهوري في كتابه (الوسيط) إلى أن هذين النصين مطابقان أو مقاربان لما جاءت به القوانين المدنية السورية، والليبية، والعراقية، واللبنانية (الوسيط - مرجع سابق ص٢٢ هامش (٣) وص ٤٠٣ هامش (١).

(٣٦) الدكتور عبدالرازق السنهوري - مرجع سابق ص ٣٢٢، ٣٢٤، ص ٤٠٧.

(٣٧) الأستاذ عبدالقادر عودة - مرجع سابق ص ٥٩٥، ٥٩٦.

(٣٨) ابن قدامة في المغني - مرجع سابق - الجزء التاسع ص ٣٥٧/ ٣٥٨ أحمد الدردير - الشرح الصغير على أقرب المسالك - طبعة دولة الإمارات العربية المتحدة سنة ١٩٨٩ - الجزء الرابع ص ٣٣١. ابن عابدين - حاشية رد المحتار على الدر المختار - دار الفكر العربي - الطبعة الثانية سنة ١٩٧٩ الجزء السادس ص ٥٣٢ والمراجع المشار إليها في الموسوعة الفقهية لوزارة أوقاف الكويت - الجزء السادس عشر ص ١١٥ بند ٣٢/ ٣٣.

(٣٩) يرى الدكتور محمود نجيب حسني أن منع تنفيذ عقوبة الإعدام للمجنون الطارئ بعد الحكم، له ما يبرره، ذلك لأن هذه العقوبة لها أغراض أخرى غير الاستئصال، أخصها أنها جزاء يهدف إلى إقرار العدالة، وأنها وسيلة إلى ردع الكافة بتحذيرهم من الاقتداء بالجاني، وهذا فضلاً عن أن الناس لن يروا في إعدام المجنون غير قسوة لا هدف لها (شرح قانون العقوبات القسم العام - مرجع سابق ص ٥٦٣).

(٤٠) الدكتور محمد يوسف موسى، الأموال ونظرية العقد في الفقه الإسلامي - دار الكتاب العربي سنة ١٩٥٢ ص ٣٢٨.

(٤١) ذهب الأئمة أبو حنيفة وزفر ومحمد بن سيرين والظاهرية إلى عدم الحجر على السفيه وذي الغفلة، لأن الحجر عليهما إهدار لإنسانيتهما، وإلحاق لهما بالعجماوات محافظة على مالهما، وهو ضرر أشد من تبديد الثروة وصيانتها، فلا يرتكب الضرر الأعلى لدفع الضرر الأدنى (ابن عابدين - حاشية رد المحتار - مرجع سابق الجزء السادس ص ١٤٧ - شرح الخرشي على مختصر خليل بحاشية العدوي - الطبعة الأولى - المطبعة الغامة الشرقية

الجزء الرابع ص ٢٠٥ - والمستشار عبدالحليم الجندي - بحث في تصرفات السفهاء قبل الحجر في مذهب أبي حنيفة - مجلة المحاماة س١٧ ص ٩٤٢.

(٤٢) جلال الدين بن شاس - عقد الجواهر الثمينة في مذهب عالم المدينة، دار الغرب الإسلامي (طبعة الملك فهد بن عبدالعزيز آل سعود) الجزء الثاني ص ٦٢٨ - وأحمد الدردير - الشرح الصغير طبعة دولة الإمارات العربي - مرجع سابق الجزء الثالث ص ٣٨٨.

(٤٣) يسلك القانون التونسي اتجاه القانون المصري، أما العراقي والأردني والنظام السعودي والسوداني، فتتبنى جميعها اتجاه الفقه الإسلامي، سواء منها ما كان مرجعه الراجح من مذهب أبي حنيفة أو الراجح أو المشهور أو يجري به العمل من مذهب الإمام مالك - وقد فصل ذلك الإمام محمد أبو زهرة في كتابه الولاية على النفس - مرجع سابق - ص ٦٦ وما بعدها.

(٤٤) نلاحظ أن المادة ١١٦ مدني قد استثنت تصرف المحجور عليه للسفه أو الغفلة بالوقف أو الوصية كما استثنت أعمال الإدارة الصادرة من المحجور عليه للسفه.

(٤٥) الإمام محد أبو زهرة - الولاية على المال - مرجع سابق ص ٦٧.

(٤٦) ينص البند ٦ من المبدأ رقم ١ من مبادئ حماية الأشخاص المصابين بمرض عقلي وتحسين العناية بالصحة العقلية، المعتمدة بقرار الجمعية العامة للأمم المتحدة رقم ٤٦/ ١١٩ المؤرخ ١٧ ديسمبر سنة ١٩٩١ على أن «أي قرار يتخذ بسبب إصابة شخص بمرض عقلي، بأن هذا الشخص عديم الأهلية القانونية، وأي قرار يتخذ نتيجة عدم الأهلية بتعيين ممثل شخصي، لا يجوز اتخاذه إلا بعد محاكمة عادلة تجريها محكمة مستقلة ونزيهة، منشأة بموجب القانون المحلي...».

(٤٧) الدكتور محمود نجيب حسني - شرح قانون العقوبات القسم العام - مرجع سابق ص٥٥٥/ ٥٥٦.

(٤٨) الدكتور محمود نجيب حسني - شرح قانون العقوبات القسم العام - مرجع سابق ص ٥٥٨ هامش ١.

(٤٩) الدكتور محمد شحاته وآخرون - مرجع سابق ص ٤٣٨/ ٤٣٩.

(٥٠) الإمام محمد أبو زهرة - الولاية على النفس - مرجع سابق ص ١١، ص ١٠٦.

(٥١) من نصوص الدستور الإسلامي للمهن الطبية الصادر عن المنظمة العالمية للطب الإسلامي في مؤتمرها الأول بالكويت ص ٥٩/ ٦٠.

(٥٢) الدكتور علي داود الجفال - المسائل الطبية المعاصرة وموقف الفقه الإسلامي منها - رسالة دكتوراه سنة ١٩٨٥ غير مطبوعة ص١٧/ ١٩ والمراجع المشار إليها فيها.

(٥٣) الدكتور محود نجيب حسني - شرح قانون العقوبات مرجع سابق ص ١٨٦.

(٥٤) تقضي المادة ١٢ من القانون رقم ١١٨ لسنة ١٩٥٢ بما يشير إلى أن تعيين الأب أو الجد أو الأم أولياء على النفس يكون بقوة القانون، ومثل ذلك يقال بالنسبة لولاية الأب والجد على المال، تطبيقاً للقانون رقم ١١٩ لسنة ١٩٥٢.

(٥٥) الدكتور علي داود الجفال - المسائل الطبية المعاصرة - مرجع سابق ص ٢٥٥ وما بعدها.

(٥٦) الدكتور محمود نجيب حسني - شرح قانون العقوبات - مرجع سابق ص١٨٤.

(٥٧) الأستاذ سيد قطب - العدالة الاجتماعية في الإسلام - دار الشروق سنة ٩٥٤ ص٣٧.

(٥٨، ٥٩، ٦٠) في تفصيل ذلك: منشورات منظمة الصحة العالمية، ومنها: التخلف العقلي، مواجهة التحدي - الصادرة طبعته العربية عن المكتب الإقليمي لشرق البحر الأبيض المتوسط بالإسكندرية سنة ١٩٨٩ - وعلى الأخص الصفحات ٣٠ وما بعدها.

(٦١) سورة القصص - من الآية رقم ٧٧.

(٦٢) سورة الإسراء - من الآية رقم ٧٠.

(٦٣) سورة عبس - الآيات من ١ إلى ١٠.

(٦٤) سورة البقرة الآيتان رقما ٢٦٣، ٢٦٤.

(٦٥) سورة الحجرات - من الآية رقم ١١.

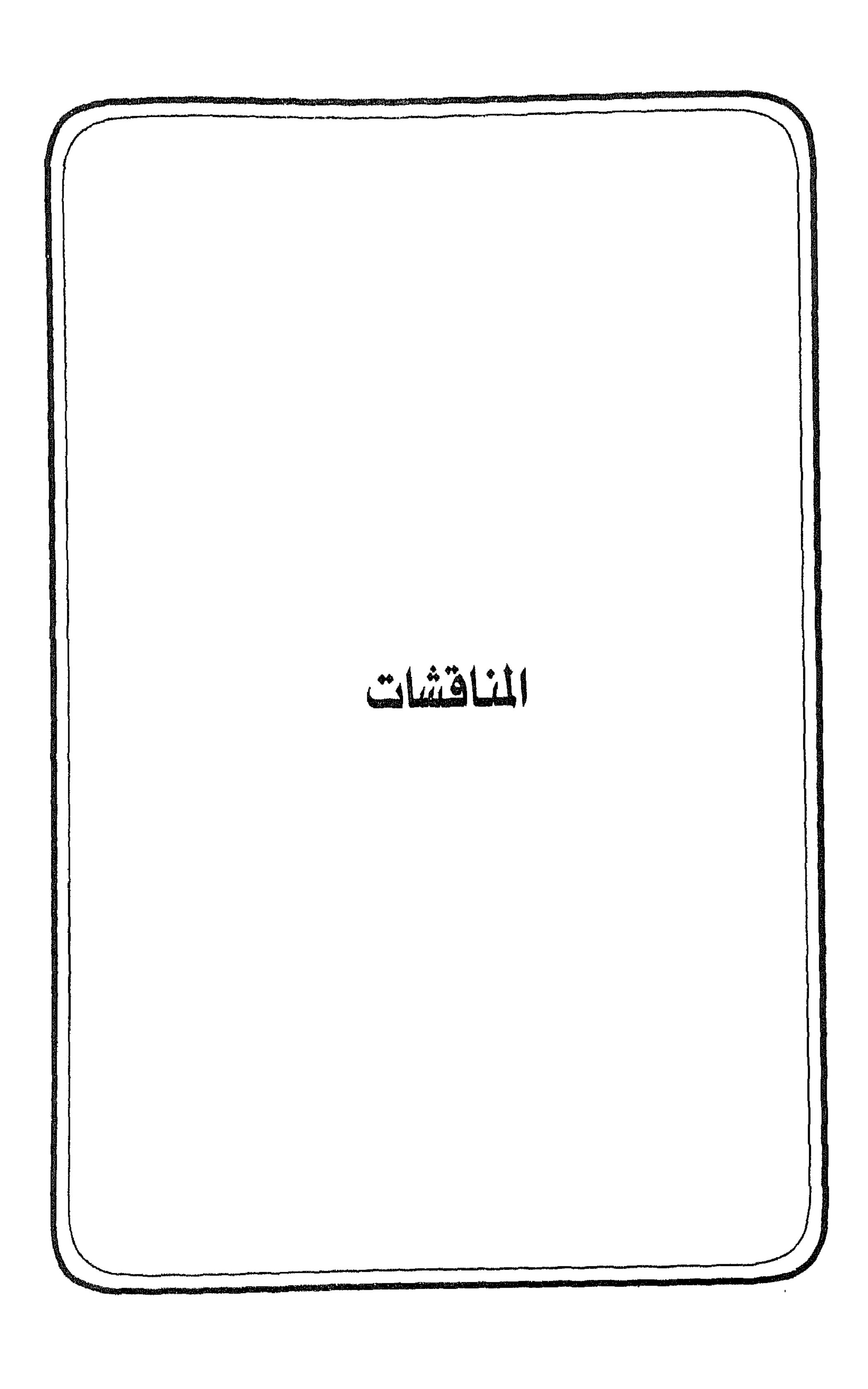
(٦٦) سورة الإسراء - من الآية رقم ٣٣.

(٦٧) شرح الزرقاني على موطأ الإمام مالك طبعة دولة الإمارات العربية سنة ١٩٩٢ الجزء الرابع ص٤٥ شهاب الدين القرافي - الذخيرة - دار الغرب الإسلامي الطبعة الأولى الجزء ١٢ ص ٣٠ - الإمام محمد أبو زهرة - الولاية على النفس - مرجع سابق ص ٣٦، ص ٤٠ - الأستاذ عبدالقادر عودة مرجع سابق ص ٣٨٦، ٣٩١.

(٦٨) المرداوي - الإنصاف في معرفة الراجح من الخلاف على مذهب الإمام أحمد بن حنبل - دار إحياء التراث العربي - الطبعة الأولى الجزء الثامن ص ٦١ - الذخيرة - مرجع سابق الجزء العاشر ص٣٣٦/ ٣٣٧.

(٦٩) انطوت كتب الفقه الحديثة على شرح مستفيض للقانون المذكور وتطبيقاته، مع تفصيل أقوال الفقهاء في ذلك، ومنها كتاب الشيخ محمد زكريا البرديسي - الأحوال الشخصية - الطبعة الأولى سنة ١٩٦٥ - ص ٤٦٩ وما بعدها، وكتاب الدكتور محمد كماب الدين إمام - الزواج والطلاق في الفقه الإسلامي - الطبعة الأولى سنة ١٩٩٦ ص ٢٥١ وما بعدها، وكتاب الشيخ أحمد إبراهيم والمستشار واصل علاء الدين - أحكام الأحوال الشخصية في الشريعة الإسلامية والقانون معلقاً عليها بأحكام محكمة النقض طبعة ١٩٩٤ ص ٤٠٧ وما بعدها - وراجع كذلك - الإنصاف للمرداوي - مرجع سابق الجزء الثامن ص ١٩٤.

(٧٠) سورة الزمر - الآية رقم ١٨.



المناقشات

المناقشات

الرئيس الدكتور إبراهيم بدران: شكراً لسعادة المستشار بدر المنياوي ولو سمحتم لي هناك تعقيب من مولانا سماحة الأستاذ عبدالأمير شمس الدين.

سماحة الأستاذ عبدالأمير شمس الدين: بسم الله الرحمن الرحيم. بياناً بالإجابة على التعليقات التي وردت حول بعض الأفكار في الدراسة التي تلوتها والتي تتناول أجوبة استدلالية شرعية على فقرات ورقة المشاورة لهذا المؤتمر الجليل، ما أورده بعض الدكاترة الأجلاء، ولعله الدكتور حتحوت، ودكتور جليل آخر لا أذكر اسمه معتذراً حول حق المعالجة ورفض المعالجة، أقول في مقام الإجابة: فلقد ورد إثبات هذا الحق للمريض، ولم يرد نفيه كي يتم الاعتراض، ولعل سيادة الدكتور رسخ في ذهني الفقرة الواردة في هذه الفصول والتي قلت فيها: ولكن هذا الحق يثبت بمقدار كلمة ما ينبغي أن يلتفت إليها، ما يمكن لوليه، أو للسلطة ذات العلاقة بالمجتمع من القدرة على القيام بمهمة المعالجة، ولقد ورد في القرآن ما يشعر بالإعفاء من التكليف غير المستطاع للإنسان كقوله سبحانه وتعالى في سورة البقرة: ﴿**لا يكلف الله نفسا إلا وسعها**﴾ ووردت أيضا في سورة أخرى: ﴿**لا تكلف نفس إلا وسعها**﴾ وفي سورة الأعراف وفي سورة المؤمنون : ﴿**لا نكلف نفسا إلا وسعها**﴾ هذا من جهة، الملاحظة الثانية من الدكتور الآخر، لم نقل - المعترض على قولنا برفض المعالجة - لم نقل بأن من حق المريض أن يرفض المعالجة على نحو الإطلاق، ما قلنا هذا حتى يعترض علينا، بل في

حالة كون المريض عاقلا ومتزنا ولا يشكل خطرا على أسرته أو على المجتمع أو على نفسه، فهذا له الحق بأن يرفض المعالجة، وهذا داخل في باب الحريات الشخصية، أما إذا كان المريض يشكل خطرا على نفسه أو على أسرته، أو على المجتمع فليس له الخيار أبداً، ويجب أن يؤخذ قصرا ويعالج، هذا من جهة، من جهة ثانية أورد بعض أصحاب الفضيلة من الإخوة الأساتذة - نفعنا الله بعلمهم آمين - وهو مأخذهم على اعتبار العرف، العرف مرجع في تشخيص بعض الموضوعات المشكلة والمشتبهة ليصل إلى تشخيص الحكم الشرعي المناسب لها بشكل دقيق، ليصبح المجتهد المستنبط معذورا عند الله سبحانه، وإلا فقد يقع في خطأ إسناد الحكم إلى غير موضوعه المناسب؛ فمثلا هناك ألفاظ يدل كل منها على عدة معان مختلفة، وقد تكون هذه المعاني متضادة، وقد صدر لبعضها حكم من المشرع الأول وهو الرسول الأعظم صلوات الله وسلامه عليه، ولا ندري أياً من هذه المعاني عناه الرسول على نحو التحديد في ذلك الوقت، وقد يكون مدلولها اليوم مختلفا عن زمن صدور النص، فلا بد أن نرجع القهقرى إلى زمن صدور النص لنتأكد ما الذي كان المقصود منه في ذلك العصر؟ وإن هذا المبحث هو أحد مباحث علم أصول الفقه، موجود في أصول الفقه لدى كل مدارس الفقه والأصول، لدى المسلمين وليس خاصا بمذهب معين، وإن مباحث المشترك المعنوي والمشترك اللفظي، أي الاشتراك في أصول الفقه، هذه المباحث لأكبر دليل على ذلك، ولم يعجبني أبدا إقحام مذهب الشيعة في المداخلة، وأتباع المذهب الجعفري إنما وصفوا بالشيعة لماذا؟! لأنهم يشايعون أهل بيت النبي صلوات الله وسلامه عليه بسبب أخذهم لأحاديث الرسول (ﷺ) وسنته من أهل البيت في الأغلب فهو وصف محل اعتزاز، والحمد لله، وشكرا.

الرئيس الدكتور إبراهيم بدران: أظن مداخلات الجلسة السابقة انتهت، لنترك المداخلات لبعد الشاي والصلاة إن شاء الله.

الرئيس الدكتور إبراهيم بدران: سيدنا ومولانا الشيخ عبدالله المنيع تفضل.

الشيخ عبدالله المنيع: بسم الله الرحمن الرحيم. شكراً لسعادة الرئيس لإتاحة هذه الفرصة، والواقع أننا ممكن أن نستهل هذا التعليق بشيء من المنحة أو كذا وهو حياكم الله، إن وقتنا ينتهي الساعة الخامسة والنصف لكن عندنا وقت ضائع وأهل القرى دائما يتعلقون بالأوقات الضائعة فنحن أولى بالتعلق بالأوقات الضائعة، فإذا كان هذا يعتبر وقتاً ضائعاً فإننا نعوضه بهذه السويعات المباركة.

في الواقع والحقيقة أن كلي شعور بقيمة هذه المنظمة وما تقدمه من خدمة للمسلمين في المجال الطبي، وهذا في الواقع على كل حال يعتبر إن شاء الله تعالى أنه داخل في قوله تعالى: **﴿لا خير في كثير من نجواهم إلا من أمر بصدقة أو معروف أو إصلاح بين الناس﴾** فهذا إن شاء الله تعالى من المعروف، ومن المعروف الذي يثاب عليه جميع القائمين عليه، سواء من المباشرين أو المتعاونين، فكلٌّ إن شاء الله تعالى سيثاب وأرجو الله أن يجزل المثوبة للجميع، فالواقع أنا أريد أن أتحدث عن نقطة هي في الواقع مثار شبهة، أو في الواقع على كل مثار تساؤلات من بعض المسلمين، فبعض الناس يقولون الآن: ما هي الحكمة الربانية من توجيه الإصابة والإعاقة لبعض خلق الله دون خلقه؟ هل هي في الواقع ممكن - حفظكم الله - أننا نلتمس حكمة ربانية وهو أولا أن الله سبحانه وتعالى حكيم وخبير وعليم بتشريعاته، وهو سبحانه وتعالى الذي خلقنا وهو العالم بأحوالنا، لا شك في ذلك ثم إنه سبحانه وتعالى حينما خلقنا، خلقنا لعبادته، ومن عبادته شكره،

وشكره على النعم العظيمة التي أسداها سبحانه وتعالى إلينا، فهذه النعم في الواقع تتجلى حينما يكون السليم مبصرا للمريض، سواء كان معاقا أو مريضا، بأيّ مرض من الأمراض، سواء كان مريضا مرضاً نفسياً فهو في الواقع يبصر ذلك المريض ويحمد الله سبحانه وتعالى؛ ولهذا جاء في الأثر وجوب أو ترغيب في أن يقول المسلم السليم، حينما يرى من هو مصاب: «الحمد لله الذي عافاني مما ابتلاه به وفضلني على كثير من عباده» فهذا في الواقع يعتبر عبرة وتذكرة حينما يرى المعاق، يرى أن يستذكر ما أنعم الله به عليه من النعم العظيمة، فيكون ذلك سببا من أسباب شكر الله سبحانه وتعالى عليها، هذا فيما يتعلق بالأصحاء، أما ما يتعلق بالمصابين: فالله سبحانه وتعالى قدّر للمصابين إصابتهم ولكنه سبحانه وتعالى ادخر لهم الأجور العظيمة، فمن فقد عينيه فله الجنة، فلقد جاءت امرأة لرسول الله (ﷺ) فقالت: يا رسول الله إني أصاب بالصرع فادع الله أن يشفيني فقال (ﷺ) أتصبرين ولكِ الجنة؟ فاختارت الجنة، ولكنها قالت: يا رسول الله إني أتكشف فادع الله ألا أتكشف، فالمصابون في الواقع لهم أجر عظيم، الله سبحانه وتعالى يكافئ المسلم الذي يشاك الشوكة فيكون له أجرها، فكيف إذا أصيب بمصائب لها في الواقع على كل حال أثرها في نفسه؟ والله سبحانه وتعالى يقول: ﴿**لتبلون في أموالكم وأنفسكم**﴾ ويقول سبحانه وتعالى: ﴿**ولنبلونكم بشيء من الخوف والجوع ونقص من الأموال والأنفس والثمرات وبشر الصابرين الذين إذا أصابتهم مصيبة قالوا إنا لله وإنا إليه راجعون أولئك عليهم صلوات من ربهم ورحمة وأولئك هم المهتدون**﴾ فهذا يا إخواني في الواقع على كل حال، يمكن أن يكون الرد على الذين يقولون: ما هي الحكمة الربانية؟ الحكمة الربانية هي شكر الله سبحانه وتعالى على الأصحاء، ثم في نفس الأمر كذلك ما يدخره سبحانه وتعالى لمن قدر إصابته، وهذه الإصابات كذلك، ممكن أن

نقول: إنه من أعظم العزاء ومن أعظم السلوى للمصابين هو الإيمان بالله، والإيمان بأن هذه أقدار الله، ﴿**ما أصاب من مصيبة فبإذن الله**﴾ وآية ثانية: ﴿**ما أصاب من مصيبة في الأرض ولا في أنفسكم إلا في كتاب من قبل أن نبرأها إن ذلك على الله يسير * لكي لا تأسوا على مافاتكم ولا تفرحوا بما آتاكم**﴾ فهذه في الواقع لا شك أنها حكم، وحكم ربانية وينبغي لنا - يا إخواني - أن نستشعرها وأن ندرك معناها، وأن نجيب بها على من يعترض، أو يعطي شبهات، أو في الواقع يشبه عليه بمثل هذه الأمور، هذه واحدة حفظكم الله.

ثانيا: النظر في الوقاية من الأمراض النفسية، نحن الآن نتحدث عمّا هي الوقاية وما هي شؤون الأمراض النفسية؟ الأمراض النفسية لها - حفظكم الله - وقاية قبل وقوعها، ولها علاج بعد وقوعها بالإضافة إلى ما لدى الأطباء من علاجات مادية، من أهم العلاجات الوقائية هو في الواقع التعلق بالله سبحانه وتعالى، وتقوية الإيمان بالله سبحانه وتعالى ثم كذلك الإكثار والمتابعة والمداومة على الأوراد، ومن ذلك آية الكرسي في الصباح وفي المساء، فالرسول (ﷺ) يقول: «من قرأها في الصباح لم يقربه شيطان حتى يمسي، ومن قرأها في المساء لم يقربه شيطان حتى يصبح»، وكذلك سورتي المعوذتين والفاتحة والإخلاص وغير ذلك من كتاب الله الذي فيه الخير الكثير، ثم كذلك من الأوراد الدعوات والتعلق بالله سبحانه وتعالى لا شك أن هذا سبب وقائي للأمراض النفسية، ومن أعظم ما يكون كذلك أن يكون الإنسان المسلم مؤمنا بما يقوله، وبما يتلوه من أذكار وآيات وأحاديث كلها في الواقع تعتبر حصناً للعبد، ثم إذا وقع المرض النفسي، المرض النفسي في الواقع، المرض النفسي على كل حال، لا يُفتى ومالك في المدينة، عندي جمع مبارك محترم من إخصائيي الأمراض النفسية، لكن في الواقع على كل حال لا شك أن من علاج الأمراض النفسية القرآن،

القراءة على المريض، توصيته أن يكثر من قراءة القرآن؛ من قراءة آية الكرسي والمعوذتين وسورة الإخلاص وسورة الكافرون وغير ذلك من السور والآيات القرآنية، والتعلق بالله ودعاء الله سبحانه وتعالى ﴿**وإذا مرضت فهو يشفين**﴾ حفظكم الله.

كذلك هناك نقطة قبل أن أتجاوزها، في الواقع هو ما يتعلق بالقاصر، بالنسبة للعمر فقد ذكر بعض الإخوة أن البلوغ، هو ما بلغ خمس عشرة سنة، وبعضهم قال: سبع عشرة سنة، وبعضهم قال: ١٨ سنة. لكن في الواقع كذلك ليس المعيار هو السن فقط، وإنما هناك معياران بالنسبة للذكور هما الاحتلام، فإذا تم الاحتلام ممكن يحتلم عمره ١٢ أو ١٣ سنة فإذاً يحكم له بالبلوغ، إذ يمكن أن يكون الإنبات في سن مبكر فيحكم عليه بالبلوغ، والبلوغ هو في الواقع أمارة التكليف، ولكن لا يعني البلوغ هو الرشد، فالله سبحانه وتعالى يقول: ﴿**وابتلوا اليتامى حتى إذا بلغوا النكاح**﴾. فلا بد من اختبارهم، لا بد من الاختبار فإذا ظهر نتيجة الاختبار بأنه يحسن التصرف فهذا أهل لأن يعطى ماله، وأن يتصرف فيه كما يتصرف في أموالهم العاقلون مثله، وإن كان غير قادر على التصرف وإن بلغ ما بلغ، حتى لو بلغ ٢٥ سنة أو ٣٠ سنة وهو غير أهل للتصرف فلا يجوز أن يعطى ماله، لأن المال ينبغي العناية به والحفاظ عليه وهو ماله في الواقع، ثم في الواقع أنا أحب أن أسأل إخواننا، ما هو المستند في القول بأن الأنثى حد بلوغها ٩ سنوات؟ حقيقة صحيح ٩ سنوات إن جاءها الطمث فتسع سنوات أو عشر سنوات فالطمث هو في الواقع أمارة رابعة تختص به النساء، الرجال ثلاث أمارات، والنساء الأمارة الرابعة كذلك هو الطمث، فإن جاء الطمث في تسع سنوات أو عشر سنوات فهي لا شك أنها علامة بلوغ فإن لم يأتها الطمث فلا أدري ما هو مستند القول بأنها إذا بلغت ٩ سنوات اعتبرت مكلفة.

وهناك نقطة واحدة - حفظكم الله - أحب أن أتحدث فيها وهي في الواقع أحب أن أنهيها، والحقيقة أنني أعتبر الفرصة هذه فرصة لا تعوض، لا تعوض؛ إذ متى يمكن أن تجتمع هذه المجموعة المباركة حفظكم الله؟! أنا أحب أن يكون لعلمائنا وأطبائنا الأفاضل نظرة في الربط بين النفس، وعلم النفس، والمنام، والنفس حينما ينتقل جزء منها خارج الجسد، وتسرح في عوالم وهمية، ولكنها في الواقع محسوسة بالنسبة للمنام، محسوسة بالمنام وإن كانت وهمية، فهذه في الواقع أحب أن يكون هناك بحث في هذه المسألة لأنها في الواقع تعطينا أولا قوة أو حجة منطقية ضد الذين لا يؤمنون بالله ولا يؤمنون بالميعاد، فهذه النفس الآن حينما تنتقل، أو الروح حينما تنتقل إلى عالم جديد - وقد سماها الله سبحانه وتعالى بالموتة الصغرى - حينما تنتقل فلا شك أنها في الواقع انتقالها يقربنا من الحياة البرزخية بعد الممات، فإذاً الحياة البرزخية معناها أن الروح لا تفنى. وإن فني الجسد فالروح باقية، فإذن أنا أرجو أن يكون إثارة الموضوع هذا فيه - إن شاء الله - خير؛ لأننا نعتبر أن النتيجة التي نتوصل إليها عامل من عوامل الدعوة إلى الله سبحانه وتعالى، وعندي بعض المواضيع ولكني في الواقع على كل حال من الأحوال أقدر الوقت، وشكر الله لكم.

الرئيس الدكتور إبراهيم بدران: الدكتور مصطفى كامل، تفضل.

الدكتور مصطفى كامل: شكرا سيادة الرئيس، ونشكر جميع المتحدثين، واستفساري للسيد المستشار بدر المنياوي وشكري الجزيل على بحثه القيم، لكن هناك نقطة أستوضحها: حضرتك قلت إنه لا بد من إدخال المريض القهري من حكم محكمة، هذا سيعوق عامل الطب النفسي في الحالات الحادة، لأن انتظارنا حكم محكمة سيظل كثير جدا من المرضى في الخارج دون أن نستطيع إدخالهم إلى أن يصدر حكم

المحكمة، وهذه طبعا عملية إلى حد ما هي طبية بالدرجة الأولى، فما رأي سيادتكم؟

المستشار بدر المنياوي: بسم الله الرحمن الرحيم. ما ذكرته خاص بضرورة استصدار حكم من المحكمة، خاص حين يتعرض المريض لتقييد حريته دون أن يكون في الحالات المنصوص عليها في القوانين مثل القانون ١٤١ الذي يتكلم عن الحالات التي يكون فيها المريض في حالة هيجان، أو في وضع يضر بالأمن العام، أو بالمجتمع في هذه الحالة لا يحتاج الأمر لإصدار الحكم، أما حين يكون الوضع الموجود ليس داخلا في تطبيقات هذا القانون وليس متصلا بقضية جنائية - لأن القضية الجنائية تُعفى من هذا الإجراء - يكون الأمر إذاً يتصل بالحرية الفردية، والحرية الفردية توجب ألا تُمس إلا عن طريق المحكمة، وذكرت حتى مثلا لذلك أن النيابة العامة - وهي جزء من القضاء المصري وبإقرار الأحكام المتعددة من المحاكم العليا - لا تستطيع النيابة العامة أن تصدر أمراً بحجز شخص معين، ولا بتوقيع الكشف الطبي عليه إلا إذا كان في إحدى الحالات المتصلة بالناحية الجنائية، أو في الحالات المتصلة بالقانون ١٤١ يعني في حالة تضر بالأمن العام، أما في الحالات الأخرى فلا تملك النيابة العامة، لأن النيابة العامة لا تملك المساس بحرية الأشخاص إلا في حدود القانون، فإذا كانت النيابة العامة - وهي سلطة قضائية - لا تملك، فالطبيب أيضا لا يملك إطلاقاً لا توقيع الكشف ضد الشخص وعدم قبوله، ولا إدخاله المستشفى ضد رغبته وضد إرادته، وشكرا.

الرئيس الدكتور إبراهيم بدران: باقي ثلاث دقائق، عفوا الدكتور صلاح طالب الكلمة من قبل، تفضل الدكتور صلاح.

الدكتور صلاح عبدالمتعال:

لديّ تعليق على ما ورد في الورقة المقدمة من الدكتور/ مالك البدري عندما تحدث عن علم النفس والطب النفسي. لقد لفت انتباهنا إلى التراث الإسلامي في علم النفس والطب النفسي، وهذا الأمر يحتاج إلى مشروع ضخم يتناول دراسة وتحليل الآراء في الطب النفسي الكلاسيكي في الإسلام، كما يتعين علينا وعلى نفس المستوى أن نتعامل مستقبلا مع الحالات المعاصرة من العلوم الإنسانية الإسلامية. إنني أعتقد أن معظم التشخيص والعلاج فيما يتعلق بالنواحي العقلية يختص بالأفراد أكثر من الجماعات، وهذا الأمر ينبغي أن يسترعي انتباهنا بأن نوجه الاهتمام إلى الجماعات من المرضى العقليين النفسيين في الأسر أو المؤسسات، إننا نعاني في العالم العربي من الإبادة الجماعية أو القتل الجماعي والذي يتم ارتكابه في الوقت الحاضر على أيدي جماعات متعصبة، هذه الجماعات من المرضى العقليين النفسيين موجودة في كل مجتمعات العالم وليست مقتصرة على العالم العربي فقط. والسؤال الذي أود طرحه في هذه المقام: هل تلك الجماعات من المرضى العقليين النفسيين تم عرضهم على أطباء نفسيين أو علماء اجتماعيين أو علماء نفسيين؟

الرئيس الدكتور إبراهيم بدران: الدكتور مالك البدري.

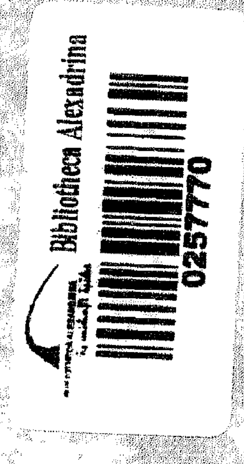
الدكتور مالك البدري: ليس لديّ ما أضيفه إلى ما قاله الزميل الآن، وإنه من المهم للغاية أن الطب النفسي - وخاصة في الغرب - متهم بأنه علم يتعامل مع الأفراد، حتى حينما نتناول الجانب النفسي الاجتماعي فإنّه يكون من الضار أن نتناول المفاهيم الغربية لتطبيقها على الشرق، وأحد علماء النفس الأمريكيين يقول عن الدروس التي تمت بالنسبة للسلوك الجماعي الذي يطبق على الطلبة الأمريكيين: «وهؤلاء الطلبة لا يمكن أن ينطبق عليهم الحال كما هو الحال بالنسبة لأوروبا مثلا» فما بالك بالدول الإسلامية؟! إذن هو يشعر أنه جريمة أن يُصدر

إلى دول العالم الثالث نظريات مستوحاة من الجامعات الأمريكية، فإذا شئنا أن نتناول الطب النفسي على مستواه الجماعي من منظور إسلامي فلا بد أن يتم ذلك على مستوى الدول الإسلامية، ومن بين الذين بدأوا في هذا العمل هو الدكتور شهاب الدين مؤمن من باكستان من جامعة [هارفارد] وقد خرج بالطابع الوطني للأمة الإسلامية. وأعتقد أنك على حق تماما وأتفق معك، وشكرا.

الرئيس الدكتور إبراهيم بدران: الدكتور أحمد رجائي الجندي تفضل.

الدكتور أحمد رجائي الجندي: شكراً سيادة الرئيس، بالنسبة للّجان: حقيقة معظم الأعضاء طلبوا ضرورة عقد جلسة اليوم، وأيضا الدكتور أحمد محيط بصفته المسؤول عن الجوانب الفنية طلب أيضا عقد اجتماع اليوم، فالاجتماع سيتم ابتداء من الساعة السادسة والنصف حتى الثامنة، وسنتحرك من هنا إن شاء الله في الساعة الثامنة والربع لنصل منزل الدكتور العوضي للعشاء إلى الثامنة والنصف، فالاجتماعات ستتم اليوم من السادسة والنصف إلى الثامنة والاجتماعات في القاعات التي تمت فيها أمس ١٢ و١٤.

الرئيس الدكتور إبراهيم بدران: شكرا وترفع الجلسة.



ردمك ٩٩٩٠٦-٣٤-٧٣-٤ (مج)

ردمك ٩٩٩٠٦-٣٤-٧٤-٢ (ج١)